



Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

**LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS REACTIVOS
EN EL MEDIO MILITAR**

Tesis Doctoral presentada por

PEDRO PABLO MORALES RODRÍGUEZ

2015



Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

**LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS REACTIVOS
EN EL MEDIO MILITAR**

**Tesis Doctoral presentada por
PEDRO PABLO MORALES RODRÍGUEZ**

Directores:

DR. JOSÉ LUIS MEDINA AMOR

DR. CARLOS GUTIÉRREZ ORTEGA

Alcalá de Henares, 2015

CERTIFICADO 1 (MELCHOR ÁLVAREZ)

CERTIFICADO 2 (DON JOSÉ LUIS MEDINA)

CERTIFICADO 3 (DON CARLOS GUT.)

INFORME DEL COMITÉ ETICO

DEDICATORIA

Este estudio está dedicado, con todo mi cariño y respeto, a mi madre **D^a Rosario Rodríguez Monserrat**, a la que le debo el ser en todos los sentidos.

En los momentos en los que redacto estas palabras evoco recuerdos que nunca olvidaré y que han sido decisivos para que este trabajo vea la luz. Como aquel día de Febrero de 1993 en el que estuve a punto de “*deshacer las maletas*”, hecho que felizmente no se produjo gracias a su apoyo y a su comprensión. O como aquellas palabras de aliento tuyas después de algunos objetivos no cumplidos a finales de los 90. ¡Qué hubiera sido de mí sin su ayuda!. Y lo mínimo que puedo hacer ahora es dedicárselo a ella, ¡a quien más se lo merece!. ¡Qué alegría más grande se va a llevar ahora!. De todas formas, ¡qué poco pide una madre y también quien te aprecia y te quiere de verdad!.

AGRADECIMIENTOS

- ❖ A mis dos directores de Tesis: al Dr. D. José Luis Medina Amor, al que le estoy en deuda por partida doble; por la dirección técnica médica de este trabajo como gran especialista en esta materia y también por haberme ayudado a convertirme en Psiquiatra, ya que era parte fundamental del tribunal que me otorgó en su día la plaza correspondiente para formarme en Psiquiatría. De esta manera me hizo uno de los mayores regalos que pudiera imaginar, poderme dedicar a esta maravillosa especialidad en el ámbito de las Fuerzas Armadas (FAS). Y al auténtico “*espíritu*” de esta tesis, al Dr. D. Carlos Gutiérrez Ortega, del que sólo tengo y puedo tener elogios de todo tipo y que resultarían absolutamente interminables. Su estímulo y apoyo continuos han sido determinantes desde el inicio de este estudio hasta el final.
- ❖ A mi jefe, compañero y amigo, al Dr. D. Luis F. Hijazo Vicente, que al llegar destinado a la Junta Médico Pericial Psiquiátrica (JMPP) como secretario de la misma, me abrió sus puertas y me volvió a brindar su amistad, iniciada varios años atrás durante mi destino como médico de la Marina de Guerra Española.
- ❖ Al resto de miembros de la JMPP, especialmente al Comandante D. Gabriel Ramírez Jaén, que me ayudó de forma desinteresada en todo momento, y al Subteniente D. Juan Cruz Correas, que me aportó una de las ideas fundamentales para diseñar este estudio.
- ❖ A mi hermana Loli y a mi cuñado Paco, por haber podido contar siempre con ellos desde que comencé mis estudios de Medicina.
- ❖ A todos mis amigos y compañeros, que a lo largo de estos últimos años, han contribuido en mayor o menor medida a la consecución de este objetivo. Especialmente quiero mencionar a los amigos de toda la vida de mi pueblo, Pedro Abad (Córdoba): a Julián García Rueda, a Alfonso Muñoz Gómez, a Juan Antonio Chocero Cáceres, a mi primo José Antonio Morales y a los hermanos Antonio y Manuel Fernández. Con ellos he vivido momentos inolvidables y desde luego siempre han estado ahí cuando las cosas no salían tan bien.
- ❖ A todos los miembros del Servicio de Psiquiatría del Hospital Central Universitario de la Defensa “Gómez Ulla”, sobre todo a su Jefe Dr. D. Rufino J. Losan-

tos Pascual y a mi Jefe Clínico Dr. D. Fernando Abejaro de Castro, por su apoyo y estímulo constantes.

- ❖ Finalmente, y especialmente, a mi padre D. Rafael Morales Salinas, por no haberme puesto nunca obstáculos en mi carrera. Lo hice porque él me dejó.

“...Y una mujer pidió; hálbanos del dolor. Y él respondió:

Vuestro dolor es la ruptura de la celda que encierra vuestra comprensión.

Así como la semilla de la fruta debe romperse para que su corazón se muestre al sol, así debéis vosotros conocer el dolor.

Y, si pudierais mantener vuestro corazón maravillado ante los diarios milagros de la vida, vuestro dolor no os parecería menos prodigioso que vuestra alegría.

Y aceptaríais las estaciones de vuestro corazón así como habéis aceptado siempre las estaciones que pasan sobre vuestros campos.

Y esperaríais con serenidad a través de los inviernos de vuestra pena.

Mucho de vuestro dolor es elegido por vosotros mismos. Es la porción amarga con la que el médico que hay dentro de vosotros cura vuestro ser enfermo.

Por tanto, confiad en el médico y bebed el remedio en silencio y tranquilidad.

Porque su mano, aunque dura y pesada, guiada está por la tierna mano del Invisible.

Y el vaso con que brinda, aunque queme vuestros labios, ha sido moldeado de la arcilla que el Alfarero ha humedecido con sus propias lágrimas”.

Kahlil Gibran. El profeta.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

APA: American Psychiatric Association

CCAA: Comunidades autónomas del Estado Español

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

DSM: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

EVO's: Equipos de Valoración y Orientación

FAS: Fuerzas Armadas

GC: Guardia Civil

IGESANDEF: Inspección General de Sanidad de la Defensa

ILP: Incapacidad Laboral Permanente

ILT: Incapacidad Laboral Temporal

INSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social

ISFAS: Instituto Social de las Fuerzas Armadas

JMPO's: Juntas Médico Periciales Ordinarias de la Sanidad Militar

JMPP: Junta Médico Pericial Psiquiátrica de la Sanidad Militar

MINISDEF: Ministerio de Defensa

OMS: Organización Mundial de la Salud

OT: Otros Trastornos

OTAN: Organización del Tratado del Atlántico Norte

TA: Trastorno de ansiedad

TAD: Trastorno Adaptativo

TADP: Trastorno ansioso-depresivo

TD: Trastorno depresivo

TDP: Trastorno depresivo persistente

TEA: Trastorno por estrés agudo

TEPT: Trastorno por Estrés Postraumático

TPP: Transformación persistente de la personalidad

TPR: Trastorno Psiquiátrico Reactivo

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

Los *Trastornos Psiquiátricos Reactivos (TPR)* constituyen un área o dominio de estudio psiquiátrico de un enorme interés. Y es que, desde tiempo inmemorial y, sobre todo, desde el surgimiento de la Psiquiatría como especialidad científica médica, no ha dejado de debatirse acerca de su existencia en relación a diferentes factores, de su expresión clínica, prevención y tratamiento.

Uno de los aspectos más interesantes de estos trastornos lo constituye el estudio de los diferentes y potenciales factores estresantes y/o traumáticos que pueden afectar a los seres humanos y del efecto que puedan provocar “*per se*” y en función de otras muchas variables. Este tipo de trastornos son extraordinariamente frecuentes, con una muy elevada prevalencia. A pesar de ello han sido en muchas ocasiones infravalorados y forman un claro ejemplo de fenómeno epidemiológico “*iceberg*”, donde lo oculto puede llegar a ser más relevante que lo manifiestamente observable.

Estos trastornos producen un elevado coste personal, económico y social. A nivel personal pueden producir unos niveles de malestar, sufrimiento y, en ocasiones, una serie de secuelas postraumáticas muy considerables. A nivel económico generan importantes gastos para el Estado y las Empresas, en forma de bajas laborales de larga duración y pensiones anejas a la discapacidad que ocasionan.

Los TPR destacan por su importancia en el campo pericial, donde estos trastornos tienen un interés médico legal de primera magnitud, generando cada vez más frecuentes y complejas demandas dentro de lo que se ha denominado la “*cultura del resarcimiento*” propia de los países desarrollados de finales del siglo XX y principios del XXI.

A nivel militar este tipo de trastornos han supuesto uno de los principales desafíos para la Psiquiatría castrense de todos los países del mundo y en todos los momentos históricos, liderando desde antiguo cuantos trabajos e investigaciones se efectuaban sobre ellos. El centésimo aniversario del estallido de la Primera Guerra Mundial podría verse ahora como una oportunidad para reconocer los orígenes de la Psiquiatría militar, el inicio de su viaje de la ignorancia al conocimiento y su enorme contribución al estudio de este tipo de trastornos.

La nosología de los TPR ha sido motivo de gran controversia. Desde la publicación de la más reciente clasificación de los trastornos mentales (La quinta edición

del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales -DSM-5- de la American Psychiatric Association –APA-) en Mayo de 2013¹, gozan ya de un apartado propio y específico en las dos clasificaciones de los trastornos mentales de referencia internacional. En el comentado DSM-5 acaban de ser “*desgajados*” definitivamente de los trastornos de ansiedad y se han reafirmado como uno de los grandes grupos de trastornos mentales; los llamados “*trastornos relacionados con traumas y factores de estrés*”. Por su parte en la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de 1992, forman un grupo aparte desde el año de su publicación denominado “*reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación*”.

Este trabajo pretende arrojar luz sobre la contribución de los factores estresantes y/o traumáticos, en definitiva del papel del ambiente, de lo externo, en la aparición de los trastornos psiquiátricos. Los Ejércitos modernos, aparte de prepararse para entrar en combate de ser necesario, deben intervenir en muchas ocasiones como fuerzas de interposición o pacificación en conflictos armados localizados y en misiones de ayuda humanitaria ante grandes catástrofes. Además los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado de naturaleza militar (GC) constituyen un especial grupo de riesgo frente a la violencia terrorista y de otra índole. Todo ello hace que sea especialmente relevante la realización de estudios, como el presente, que permitan conocer y describir la situación actual de todos estos trastornos, para poder desarrollar programas que puedan contribuir a una mejor selección del personal (intentando que el reclutamiento sea lo más idóneo posible) y a mejorar la prevención y el tratamiento de los mismos (con la implantación de diferentes intervenciones pre, peri y post acontecimiento). Por otra parte en los últimos años se han multiplicado las demandas periciales de patología psiquiátrica derivada de las diferentes experiencias y situaciones más o menos estresantes y/o traumáticas a las que ha sido expuesta una parte de la población militar, lo que ha planteado nuevos retos y problemas a los diferentes órganos médico periciales de la Sanidad Militar que se encargan de evaluarlos (JMPO’s a nivel “regional” y la JMPP a nivel “nacional”). En este estudio, utilizando el modelo de Lazarus&Folkman, se pretende analizar el acontecimiento, la biografía, otros factores externos y los diferentes TPR.

OBJETIVOS

La aparición de los diferentes tipos de trastornos psiquiátricos reactivos está influenciada por el acontecimiento mismo (con su diferentes características como son el

tipo, intensidad, duración y otras), por variables previas al acontecimiento (características personales, profesionales y la historia personal) y por variables clínicas y socioeconómicas posteriores al mismo, que terminarían de configurar la influencia de lo externo en la patogenia de los trastornos psiquiátricos.

SUJETOS Y MÉTODOS

Miembros de las FAS españolas y de la GC que acuden a la JMPP de la Sanidad Militar, durante el periodo 2004-2010 (a.i.), para ser evaluados por presentar alegaciones propias, institucionales o ambas frente a reconocimientos médico previos. Se estableció como año de inicio el de 2004, porque fue a partir de dicho año cuando empezó a anotarse en la base de datos de la JMPP si existía o no relación de causa efecto entre un hecho acaecido durante su servicio y un trastorno psiquiátrico diagnosticado.

Se comenzó introduciendo los datos del último expediente que tuvo entrada en la JMPP en el año 2010 y en el que se verificó una relación de causalidad con una circunstancia relativa al servicio. Posteriormente se introdujeron los correspondientes a los expedientes que cumplían ese requisito, en orden creciente de antigüedad de entrada en la JMPP hasta finalizar con la inclusión de los datos del primer expediente que entró en el año 2004. Se recogieron todas las historias clínicas existentes.

RESULTADOS

El tipo de acontecimiento más frecuente en la muestra (N=100) fue el llamado entorno laboral desagradable u hostil (23 casos=23%) seguido del haber sufrido un accidente en el lugar de destino (21%), los atentados terroristas (19%) y las características del destino (13%). Los escenarios bélicos y los accidentes “*in itinere*” tuvieron una frecuencia menor y semejante entre ambos. Finalmente las agresiones y, sobre todo, los accidentes graves en familiares y el encarcelamiento fueron testimoniales.

En la población accesible incluida en el estudio se constató una amplia mayoría de hombres (85 casos=85%) frente a las mujeres, en una proporción semejante a la que existe en la población diana. La edad media en la que sucedió el acontecimiento fue de casi 34 años. El 82% de los peritados manifestaban tener pareja estable en el momento de ser evaluados. La mitad de la población estudiada tenía 2 hermanos y en una ligera mayoría de casos (36%), el peritado era el mayor de ellos. Del número de hijos de la muestra destacó que algo más del 26% no tenía hijos y que algo más del 26% tenía sólo 1 hijo. La Guardia Civil acaparó a cerca del 60% de los casos de la muestra. Le siguió el Ejército de

Tierra a gran distancia con prácticamente el 30% de casos. Y todavía a mucha más distancia el resto de Ejércitos. El empleo (rango) más frecuente de la muestra y con bastante diferencia (casi un 60% de casos), fue el de “Soldado, Marinero o Guardia Civil”, seguido del de Cabo 1°. Solo existen 8 oficiales en la muestra. En el momento en el que se produjo el acontecimiento casi el 85% de los militares incluidos en el estudio mantenía una relación de carácter permanente con las FAS o GC, es decir eran considerados militares de carrera. La media de años que transcurrieron desde el ingreso en las FAS o GC hasta que sucedió el acontecimiento fue de algo más de 12 años. Casi la mitad de casos de la muestra reconocía una adaptación social insatisfactoria y un alto porcentaje (un tercio de la muestra) que no se manifestó al respecto. Del aspecto económico sobresale que la fuente principal de ingresos era el sueldo del peritado y su pareja. Un porcentaje importante de peritados no se manifestó al respecto de tener problemas económicos graves.

Una cuarta parte de los casos a estudio desconocían los aspectos del embarazo mediante el que nacieron. De los que lo conocían, prácticamente todos afirman que fue normal y sólo un caso manifestó que hubo problemas en el mismo. El porcentaje de casos de la muestra que desconocía las características del parto mediante el que nacieron cayó, con respecto a las del embarazo, al 20 %. Por otra parte se mantuvieron los que reconocían que fue normal y aumentaron ligeramente los que reconocían problemas en el mismo. Finalmente en un 3% de los casos se precisó de algún tipo de asistencia. En casi un 92% de casos la población accesible manifestó un desarrollo hasta los 3 años (1ª Infancia) normal. Ningún caso de la muestra reconoció haber presentado retraso en andar hasta los 3 años (1ª Infancia), en tanto que el 2% de ellos refirió haber sufrido retraso en hablar hasta esa edad. El 3% de la muestra manifestó inquietud y más del 5% rabietas en ese periodo. Desde los 3 hasta los 11 años (2ª Infancia) poco más de un 6% presentó aislamiento, retraimiento o timidez, un 3% dificultades para el cálculo y las matemáticas, un 2% manifestó tartamudez, sólo un 1% dificultades para la lectura y escritura y no hay ningún caso que haya señalado dificultades para las habilidades motoras. Al ser preguntado por si tenía dificultades para relacionarse con los demás desde los 3 hasta los 11 años (2ª Infancia) más de un 5% refirieron que sí, cerca de un 78% que no y más de un 17% no sabían o no contestaron. Algo más de un 6% de la muestra respondió que presentó dificultades para mantener la atención y la concentración desde los 3 hasta los 11 años, un 4% inquietud (hiperactividad), un 1% agresividad, peleas y violencia, un 4% pequeños hurtos, algo más de un 5% mentiras frecuentes, un 2% fugas de casa, un 2% problemas de

control de la alimentación, un 3% tics y problemas de control de esfínteres, un 1% problemas de sueño, poco más del 6% miedos, temores, fobias y un 1% quejas frecuentes de síntomas físicos durante este periodo. Más del 6% de la muestra refirió haber presentado absentismo escolar desde los 3 hasta los 11 años pero sólo un 1% de los mismos señalan problemas de adaptación escolar. Por otra parte más de un 5% reconocieron haber sufrido retraso escolar en la 2ª infancia sin que en ninguno de los casos se haya referido necesidad de educación especial durante este periodo. En cuanto al nivel escolar alcanzado por los peritados que fueron incluidos en el estudio sólo algo más del 7% tenían estudios universitarios concluidos, poco más de un 6% habían iniciado estudios universitarios sin acabarlos y un 3% habían accedido a la universidad por su condición de mayores de 25 años sin concluirlos. Casi un 30% de la muestra tenía el bachiller acabado y poco más del 17% sin acabar. Por su parte predominan los estudios primarios en la muestra con casi el 25% de los casos. Uno de los aspectos más llamativos de la muestra es que la mitad de ella consideró que su nivel escolar era insuficiente y que solo alrededor de 35% estaban satisfechos con el mismo. También resultó llamativo que casi el 20% no se pronunciara al respecto.

El número medio de bajas médicas en el medio militar y previas al acontecimiento, en los pocos casos en los que se dispone de este dato, se acercó a 6 bajas. Pasaron generalmente muy pocos días desde que se produjo el acontecimiento hasta que al peritado le otorgaron la baja médica con una mediana de 2 días. Sin embargo el rango intercuartílico es muy amplio (564 días), con un máximo de más de 8.700 días. El motivo principal de baja tras el acontecimiento son las secuelas psíquicas en más de un 65% de los casos. A poco más del 62% de los casos de la muestra a estudio no les fue otorgada el alta médica tras la baja inicial. En las ocasiones en las que el peritado fue dado de alta tras la baja inicial, pasaron unos 3 meses de media hasta que eso ocurrió, con un rango intercuartílico también muy amplio, aunque menor que en el caso de días que pasan desde el acontecimiento hasta la baja inicial (147 días). Casi el 90% de los casos del estudio manifestaban estar siendo medicados con psicofármacos en el momento de ser reconocidos en la JMPP. En sólo 7 ocasiones los sujetos de la muestra fueron ingresados por motivos psiquiátricos tras sufrir la exposición al acontecimiento vital relacionado con el TPR.

El diagnóstico más frecuente que realizaron las diferentes JMPO's, fue el de un TADP con entre el 24 y el 23% de los casos. A este diagnóstico le siguió en frecuencia el

de TEPT y el de TAD, con algo más del 17% de los casos, y los TDP y OT con poco más del 13%. Los TA y los TD aislados fueron escasos, con poco más del 8% y del 6% respectivamente. Y finalmente sólo se diagnosticó 1 caso de TPP. El porcentaje de discapacidad medio que asignaron las JMPO's es de poco más del 24%. Sólo reconocieron relación de causalidad entre el trastorno diagnosticado y un acontecimiento concreto en cerca del 28% de los casos, en tanto que la JMPP lo hizo, como criterio de inclusión de este trabajo, en el 100% de ellos. Solo el 17% de la muestra había acudido de forma voluntaria para ser valorado por los EVO's de las CCAA y el porcentaje medio de discapacidad asignado por los mismos fue de más del 46%. El motivo de valoración en la JMPP fueron las alegaciones del peritado en un 60% de los casos. La JMPP diagnosticó principalmente TEPT con casi un 25% de los casos a estudio, un 20% TDP, un 14% TADP, un 13% TPP y un 11% de TADP. El porcentaje de discapacidad medio asignado por los distintos evaluadores varía mucho desde el 24,33% otorgado por las JMPO's, el 46,35% de los EVO's de las CCAA y el 33,23% asignado por la JMPP.

Al estudiar si existe relación entre el acontecimiento y un determinado trastorno psiquiátrico reactivo, no se encontró una asociación estadísticamente significativa ($P=0,067$). Para poder determinar la posible asociación entre un acontecimiento y un trastorno psiquiátrico reactivo se consideró conveniente proceder a agrupar tanto los acontecimientos como los diagnósticos de la JMPP. Así los acontecimientos parecía lógico agruparlos en función de la similitud de la intensidad, magnitud y calidad de los mismos en los siguientes grupos; 1) Atentado terrorista y Escenario bélico, 2) Accidente en el lugar de destino y Accidente "*in itinere*", 3) Entornos laborales desagradables u hostiles 4) Características-condiciones del destino y 5) Otros Acontecimientos. Por otra parte los trastornos psiquiátricos reactivos pareció razonable agruparlos en función de sus características clínicas y de su gravedad en los siguientes grupos; 1) TEPT y TPP, 2) TAD, 3) Trastornos de corte ansiosa; trastornos ansiosos (TA y TADP), 4) Trastornos de corte depresiva; trastornos depresivos (TD y TDP) y 5) Otros Trastornos. Con esta agrupación sí se obtuvo una asociación estadísticamente significativa entre los acontecimientos agrupados y los TPR agrupados ($p= 0,003$). Casi un 80% de los atentados terroristas y escenarios bélicos provocaron un TEPT o una TPP. Un tercio de los accidentes manifestaron TEP o TPP y un 24% un trastorno de la corte depresiva. Los entornos laborales desagradables u hostiles en casi un 40% de los casos ocasionaron un trastorno de la corte depre-

siva y un 26% de la corte ansiosa. Las características-condiciones del destino se distribuyeron de manera más o menos uniforme entre los distintos trastornos.

Para determinar la influencia de las distintas características analizadas en este trabajo con el cuadro clínico desarrollado posteriormente, se realizaron 4 modelos de regresión logística, 1 para cada uno de los 4 primeros grupos de TPR agrupados (se desechó el grupo de OT). El primer modelo (TEPT) determinó que ser GC implicaba 5 veces más riesgo de presentar un TEPT-TPP que no serlo, dentro del medio militar. Por tanto se trata de un factor predictivo positivo. El segundo modelo (TAD), resultó inestable. Por tanto no se encontró para el TAD un modelo de regresión logística explicativo. Para el tercer modelo (cuadros reactivos de corte ansiosa), se apreció que tener un parto normal frente a uno no normal (en el que hubo algún problema y/o precisó de asistencia), manifestó un 80% de menor riesgo de presentar un trastorno ansioso (IC 95%, 40%-93,3%) $p=0,004$. El cuarto modelo (Trastornos reactivos de corte depresiva) también resultó inestable.

No se encontró una relación estadísticamente significativa entre los distintos TPR agrupados y el número de bajas previas ($p=0,713$). Tampoco se observó entre los días que transcurren desde el acontecimiento hasta que se concede la baja laboral y los diferentes TPR ($p=0,400$). La siguiente variable clínica estudiada fue el motivo de la baja laboral inicial tras el acontecimiento. Se vio que predominaban en la muestra las secuelas psíquicas (76,5-60%) sobre las físicas y mixtas en todos los trastornos, destacando que en más del 75% de los trastornos ansiosos, se propuso una baja inicial por motivos psíquicos sin secuelas físicas. A pesar de ello no se encontró una relación estadísticamente significativa entre los TPR agrupados y el motivo de la baja inicial tras el acontecimiento ($p=0,562$). Otra variable clínica estudiada fue si hubo un alta médica posterior a la baja inicial. Se observó que predominaban en todos los trastornos la ausencia de alta posterior a la baja inicial, que a cerca de la mitad de los trastornos depresivos se les otorgó un alta posterior, que casi el 39% de los casos más graves (TEPT-TPP) fueron dados de alta tras la baja inicial y que más del 70% de los casos de trastornos de la corte ansiosa conservaron la baja inicial hasta el final. De todas formas no se encontró una relación estadísticamente significativa entre si se le otorgó el alta tras la baja inicial o no y los TPR agrupados ($p=0,835$). Otra variable clínica de interés incluida en el estudio, fue el tiempo que transcurrió desde la baja inicial hasta el alta posterior (si es que ocurrió). Como en las variables anteriores no se encontró relación estadísticamente significativa entre los dis-

tintos TPR agrupados y el tiempo de baja inicial ($p=0,490$). La gran mayoría de los peritados, alrededor del 90% en todos los trastornos salvo en los TAD, tomaban medicación en el momento de ser evaluados. Los que más medicación toman son el grupo de los trastornos más graves (TEPT y TPP) y los trastornos depresivos. Sin embargo no se encontró una relación estadísticamente significativa de este hecho con los distintos TPR ($p=0,472$). La última variable clínica es si el peritado precisó hospitalización tras la exposición al acontecimiento por esta causa. Solamente fueron ingresados aproximadamente un 16% de los diagnosticados con TEPT y TPP y un 1% del grupo de OT. En este caso tampoco hubo relación estadísticamente significativa, aunque por escaso margen ($p=0,062$).

Las concordancias diagnósticas más altas entre los órganos periciales de la Sanidad Militar se apreciaron en los TADP con más del 71% de los casos, en los TAD con el 70% de los casos y en los TA con algo más del 66% de los casos. Las más bajas por su parte se dieron en los TEPT con algo más del 43% de los casos, en los TDP con sólo el 40% de los casos y sobre todo en las TPP con ninguna coincidencia (0%). Comparando la concordancia diagnóstica cuando se utilizaba la variable diagnóstica en 5 categorías, las concordancias más altas se obtuvieron en los trastornos ansiosos con más del 70% de los casos y los TAD con el 70% de los casos. La más baja por su parte se observó en los trastornos más graves (TEPT y TPP) con poco más del 40% de los casos. En cuanto al porcentaje de discapacidad; los EVO's de las CCAA puntuaron de media un 22% más ($IC95\%=12,6-31,5\%$) que las JMPO's ($p<0,001$), la JMPP valoró un 9,9% más ($IC95\%=5,2-14,6\%$) que las JMPO's ($p<0,001$) y los EVO's de las CCAA valoraron de media un 12,1% más ($IC95\%=2,7-21,5\%$) que la JMPP ($p=0,006$).

CONCLUSIONES

Se ha encontrado que diversos acontecimientos en el medio militar son susceptibles de hacer aparecer, exacerbar o iniciar un Trastorno Psiquiátrico (Reactivo), destacando por su frecuencia los entornos laborales desagradables u hostiles y, considerando las características de intensidad y magnitud de dichos acontecimientos, los atentados terroristas, los escenarios bélicos (en misiones internacionales en las que pueda existir una “complicación” ajena al objetivo inicial) y los accidentes (dentro y fuera del territorio nacional).

Se observa que los acontecimientos que suponen la exposición a la muerte o a una lesión grave, como son los atentados terroristas, los escenarios bélicos y los accidentes (en lo que hay una amenaza para la vida propia o ajena), se asocian a los trastornos más graves y persistentes como son el trastorno por estrés postraumático y las transformaciones persistentes de la personalidad. En los acontecimientos de menor gravedad e intensidad las respuestas que se observan son relativamente inespecíficas.

El estudio de las características personales, profesionales y socioeconómicas y la historia personal (psicobiografía) de los sujetos que fueron diagnosticados de un Trastorno Psiquiátrico Reactivo, nos muestra individuos sin antecedentes psiquiátricos y que no presentaron problemas en las principales áreas vitales. Se trata de individuos sanos, según los estándares de salud habituales, que habían sido seleccionados adecuadamente. Esto apuntaría a una menor importancia de estas características como factores de riesgo para presentar un Trastorno Psiquiátrico Reactivo y, por el contrario, a considerar más relevantes los factores ambientales, especialmente el propio acontecimiento. Sin embargo, y dentro de la profesión militar, resulta significativo que los Cuerpos de la Seguridad del Estado de naturaleza militar, concretamente los miembros de la Guardia Civil, presentan un riesgo cinco veces superior de desarrollar un Trastorno por Estrés Postraumático y una Transformación Persistente de la Personalidad (trastornos que se sitúan en el extremo superior de gravedad de los Trastornos Psiquiátricos Reactivos). Ello podría entenderse derivado de la mayor exposición al riesgo que puede presentar este Instituto Armado. Del resto de datos de este apartado, también ha resultado significativo que tener un parto “no normal” implica un 80% de mayor riesgo de presentar un trastorno ansioso reactivo. Este hallazgo reactiva el interés sobre la importancia del parto en la vida de una persona, como primer factor estresante y/o traumático con el que debe enfrentarse, a confirmar en futuras investigaciones.

No se encuentra relación entre las variables clínico-administrativas incluidas en el estudio (número de bajas previas al acontecimiento, días que transcurren desde el acontecimiento hasta que se produce la baja inicial, si existe alta posterior a la baja inicial, los días que transcurren desde la baja inicial hasta el alta posterior si esta existió, la toma de medicación psicofarmacológica en el momento del reconocimiento y si ha precisado hospitalización) y los Trastornos Psiquiátricos Reactivos.

Existen discrepancias relevantes en el diagnóstico realizado por los distintos órganos periciales que se encargan de evaluar a los sujetos de la muestra de tal manera que se

recoge una concordancia diagnóstica débil-moderada. Las discrepancias son aún mayores a la hora de asignar el porcentaje de discapacidad que le corresponde a cada peritado. De ello se desprende que se precisa desarrollar una metodología de análisis clínico-pericial, lo más objetiva posible, con protocolos adecuados a efectos de lograr una mayor fiabilidad y validez de los resultados. En segundo lugar, resulta de la mayor importancia fomentar la capacitación técnica de los profesionales que realizan este trabajo. Y en tercer lugar, la necesidad de promover un mayor consenso en la delimitación nosológica de este tipo de trastornos, acorde con las orientaciones de las clasificaciones internacionales vigentes.

En futuras investigaciones podría incluirse la influencia de los distintos dominios y facetas de los rasgos de la personalidad previos (Modelo alternativo dimensional DSM-5), de los estilos de afrontamiento y de los mecanismos de defensa en la aparición de los diferentes Trastornos Psiquiátricos Reactivos, para describir con mayor precisión la experiencia subjetiva tras la exposición a un factor estresante y/o traumático.

Por tanto, el interés práctico de esta investigación lleva a considerar la importancia que tiene el ambiente en la salud mental de los miembros de las Fuerzas Armadas y Cuerpos de la Seguridad del Estado de naturaleza militar. Y habrá que considerar los acontecimientos y situaciones descritos como los factores que, con mayor probabilidad, se relacionan con los Trastornos Psiquiátricos Reactivos en el medio militar, lo que tiene especial interés a nivel preventivo y en la búsqueda de futuras relaciones de causalidad.

Por otra parte, estos datos refuerzan la consideración del alto riesgo que existe en determinadas profesiones, como la militar, en su exposición a situaciones gravemente adversas para su seguridad.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	13
ASPECTOS GENERALES	15
ASPECTOS HISTÓRICOS	20
ESTADO ACTUAL	69
JUSTIFICACIÓN	73
HIPÓTESIS.....	79
OBJETIVOS	83
GENERAL:.....	85
ESPECÍFICOS:	85
SUJETOS Y MÉTODOS	87
DISEÑO.....	89
SUJETOS	89
VARIABLES A ESTUDIO.....	90
<i>Variables de control; personales, profesionales y socioeconómicas</i>	90
<i>Variables independientes:</i>	93
<i>Variables dependientes:</i>	97
ASPECTOS LEGALES	97
MATERIAL	98
MÉTODO.....	98
MÉTODO ESTADÍSTICO.....	98
<i>Estadística descriptiva:</i>	98
<i>Estadística inferencial:</i>	98
RESULTADOS	101
CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA A ESTUDIO	103
<i>Acontecimiento</i>	103
<i>Características personales</i>	104
<i>Características profesionales</i>	110

<i>Características socioeconómicas</i>	115
<i>Historia personal (psicobiografía)</i>	119
<i>Características clínicas</i>	133
<i>Características diagnósticas</i>	137
INFLUENCIA DEL TIPO DE ACONTECIMIENTO SUFRIDO Y EL CUADRO CLÍNICO DIAGNOSTICADO EN LA JMPP.....	146
INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS PERSONALES, PROFESIONALES Y SOCIOECONÓMICAS Y DE LA HISTORIA PERSONAL (PSICOBIOGRAFÍA) DE LOS SUJETOS PERITADOS, RESPECTO DEL CUADRO CLÍNICO DESARROLLADO POSTERIORMENTE	149
RELACIÓN DE LAS VARIABLES CLÍNICAS INCLUIDAS EN EL ESTUDIO CON LOS DISTINTOS TPR AGRUPADOS.....	160
DIFERENCIAS ENTRE LOS DISTINTOS ÓRGANOS QUE EVALUARON AL PERITADO	165
<i>En cuanto al diagnóstico del cuadro psiquiátrico</i>	165
<i>En cuanto al porcentaje de discapacidad asignado</i>	168
DISCUSIÓN	171
CONCLUSIONES	205
ANEXO (CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES)	211
BIBLIOGRAFÍA	227

INTRODUCCIÓN

ASPECTOS GENERALES

Los *Trastornos Psiquiátricos Reactivos (TPR)* constituyen un área o dominio de estudio psiquiátrico de un enorme interés. Y es que, desde tiempo inmemorial y, sobre todo, desde el surgimiento de la Psiquiatría como especialidad científica médica, no ha dejado de debatirse acerca de su existencia en relación a diferentes factores, de su expresión clínica, prevención y tratamiento. Estos trastornos han sido, y siguen siendo, uno de los campos más apasionantes de la Psiquiatría, pero también de toda la Medicina, pues constituyen el mejor ejemplo de cómo se puede llegar a reaccionar frente a los distintos factores estresantes y/o traumáticos, más allá de cómo puede llegar a hacerse ante el padecimiento de una determinada enfermedad. Su creciente importancia ha llevado a la subespecialización, en este terreno, de muchos profesionales de la Psiquiatría y al nacimiento de sociedades científicas nacionales e internacionales específicamente dedicadas a los mismos, como las que se centran en el “Estrés postraumático” y en la “Psicotraumatología”.

Uno de los aspectos más interesantes de estos trastornos lo constituye el estudio de los diferentes y potenciales factores estresantes y/o traumáticos que pueden afectar a los seres humanos y del efecto que puedan provocar “*per se*” y en función de otras muchas variables. En la actualidad se entiende como factor estresante a cualquier factor que perturba el equilibrio fisiológico, cognitivo, emocional o de comportamiento normal de una persona. Un factor estresante puede ser físico, social, económico o de otra índole y puede estar asociado temporalmente (y también causalmente) con la aparición, la exacerbación o el inicio de un trastorno mental (reactivo por tanto a dicho factor). Por su parte un factor traumático es cualquier acontecimiento o evento que puede causar o implicar la amenaza de muerte, daños graves o violencia sexual a una persona, un familiar o un amigo cercano¹ y que también puede dar lugar a un trastorno mental (reactivo también por tanto a dicho factor). El estrés es el patrón de reacciones/respuestas específicas y no específicas que una persona experimenta ante los estímulos (estresantes y/o traumáticos) que perturban su equilibrio y exceden o retan su capacidad de hacerles frente¹. Identificar los potenciales y nocivos factores que son susceptibles de provocar estos cuadros es una tarea médica crucial, con notables repercusiones en prácticamente todas las esferas de la Medicina.

Este tipo de trastornos son extraordinariamente frecuentes, con una muy elevada prevalencia. A pesar de ello han sido en muchas ocasiones infravalorados y forman un claro ejemplo de fenómeno epidemiológico “iceberg”, donde lo oculto puede llegar a ser más relevante que lo manifiestamente observable. Ello es así porque los datos recogidos no suelen tener en cuenta los casos latentes no diagnosticados, las formas incompletas así como los cuadros enmascarados u ocultos tras otros diagnósticos. La prevalencia anual de uno de los más destacados TPR entre los adultos de los Estados Unidos de América (EEUU), el Trastorno por estrés postraumático (TEPT), es de aproximadamente el 3,5%. En Europa, Asia, África y América latina la prevalencia de este trastorno es más baja, entre el 0,5-1%. Tanto en los EEUU como en el resto de países los índices son más altos, en buena lógica, entre los militares y otras personas cuya profesión tiene un elevado riesgo de exposición traumática (policías, personal médico de emergencias, bomberos y otras). La prevalencia de otro de los TPR, el Trastorno de Adaptación (TAD), es mucho más alta variando las cifras obtenidas en función de la población estudiada y de los métodos de evaluación utilizados. Como ejemplo se puede citar que el porcentaje de individuos en tratamiento ambulatorio de salud mental con diagnóstico principal de trastorno de adaptación oscila entre el 5 y el 20%. En el entorno de consulta psiquiátrica hospitalaria a menudo es el diagnóstico más común, con una frecuencia que llega a alcanzar cifras del 50%¹.

Estos trastornos producen un elevado coste personal, económico y social. A nivel personal pueden producir unos niveles de malestar, sufrimiento y, en ocasiones, una serie de secuelas postraumáticas muy considerables^{2, 3}. Estos niveles y secuelas se relacionan con su expresividad clínica, variable en función de las características del factor estresante y/o traumático, así como también de las características personales y del entorno. En algunos casos el TPR puede expresarse como una reacción emocional de ansiedad o de miedo frente al factor estresante y/o traumático más o menos intensa. En otros como una reacción de tristeza, ira, impotencia, horror, disociación o de otro tipo. Resulta oportuno comentar ahora que, en los TPR más graves y específicos como es el caso del TEPT, a pesar de que pueda predominar alguna de estas reacciones emocionales, se suelen dar varias formas de ellas. Por el contrario parece que en otros TPR (los menos graves y específicos como los TAD y otros), sólo se presentan alguna o algunas de esas reacciones, constituyendo una suerte de formas atenuadas, incompletas o menores de TPR.

A nivel económico generan importantes gastos para el Estado y las Empresas, en forma de bajas laborales de larga duración y pensiones anejas a la discapacidad que ocasionan. El TEPT se asocia con altos niveles de discapacidad social, ocupacional y física, así como con costes económicos considerables y altos niveles de utilización de los servicios médicos. Desde el punto de vista social suscitan una gran preocupación, de tal manera que el mundo occidental se ha ido sensibilizando progresivamente y en las últimas décadas debido a su impacto, especialmente tras los desgraciados acontecimientos del 11-S y del 11-M. Sus implicaciones a nivel personal, económico y social han dado lugar, en los países desarrollados en donde se producen con creciente virulencia, a plantear reiteradamente la necesidad de aplicar medidas efectivas para reducir su incidencia y paliar sus consecuencias⁴.

Los TPR destacan por su importancia en el campo pericial, donde estos trastornos tienen un interés médico legal de primera magnitud⁵, generando cada vez más frecuentes y complejas demandas dentro de lo que se ha denominado la “*cultura del resarcimiento*” propia de los países desarrollados de finales del siglo XX y principios del XXI. El aumento de la frecuencia de estas demandas se viene observando “*grosso modo*” en la práctica pericial diaria dentro de las FAS españolas y de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado de naturaleza militar (Guardia Civil –GC–), aunque no existe hasta la fecha una estadística oficial de las mismas. Y ello al amparo de una legislación que pretende compensar adecuadamente las posibles alteraciones físicas y/o psíquicas que haya sufrido cualquiera de sus miembros durante el servicio. Por otra parte, la valoración pericial del daño psíquico presuntamente relacionado con un factor estresante y/o traumático (relación de causalidad), es un proceso complicado, no exento de intentos de distorsión en función de diversos intereses^{6, 7}. Además tiene unas enormes repercusiones en prácticamente todos los órdenes del derecho (penal, civil, laboral, militar y otros).

A nivel militar este tipo de trastornos han supuesto uno de los principales desafíos para la Psiquiatría castrense de todos los países del mundo y en todos los momentos históricos, liderando desde antiguo cuantos trabajos e investigaciones se efectuaban sobre ellos. El centésimo aniversario del estallido de la Primera Guerra Mundial podría verse ahora como una oportunidad para reconocer los orígenes de la Psiquiatría militar, el inicio de su viaje al conocimiento y su enorme contribución al estudio de este tipo de trastornos⁸. En el medio militar los TPR son muy importantes por su frecuencia, por las especia-

les características en que realizan las actividades de los ejércitos y las fuerzas y cuerpos de seguridad de naturaleza militar y por los problemas derivados de su prevención, asistencia y valoración pericial. Desde hace algunos años en varios de los países de la Organización del Tratado del Atlántico Norte (OTAN), especialmente en EEUU y en Gran Bretaña, se viene señalando y estudiando la importancia del seguimiento de sus secuelas⁹. Para la Psiquiatría militar española han sido un motivo de preocupación singular y constante a lo largo de sus, recién cumplidos, cien años de historia. Este trabajo pretende ser una continuación de esta tradición en el estudio de la psicorreactividad en el medio militar, que al mismo tiempo satisfaga una inquietud personal respecto de una patología verdaderamente apasionante y sobre la que aún se ciernen muchos enigmas por resolver.

La nosología de los TPR ha sido motivo de gran controversia. Desde la publicación de la más reciente clasificación de los trastornos mentales (La quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales -DSM-5- de la American Psychiatric Association –APA-) en Mayo de 2013¹, gozan de un apartado propio y específico en las dos clasificaciones de los trastornos mentales de referencia internacional. En el comentado DSM-5 acaban de ser “*desgajados*” definitivamente de los trastornos de ansiedad y se han reafirmado como uno de los grandes grupos de trastornos mentales; los llamados “*trastornos relacionados con traumas y factores de estrés*”. Por su parte en la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) de 1992¹⁰, forman un grupo aparte desde el año de su publicación; las denominadas “*reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación*”. En estas ubicaciones nosológicas se encuentran prácticamente todos los trastornos psiquiátricos relacionados con acontecimientos, ya sea con denominación propia (TEPT y otros), como otros trastornos reactivos especificados o no especificados. Sin embargo existen algunos tipos muy especiales de TPR que no pueden ubicarse aquí, como podría ser el caso de la psicosis reactiva breve en la que una predisposición biológica es absoluta y abrumadoramente fundamental, constituyendo el factor estresante una mera “*espoleta detonadora*” del trastorno. Por esa razón no se incluyen en el presente estudio.

Los TPR son, por tanto, una manera distinta de denominar a los Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés (DSM-5) y a las reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación (CIE-10), haciendo hincapié en el mecanismo psicopatológico que provoca su aparición, exacerbación o el inicio por una serie de factores estresantes y/o

traumáticos; la reacción como “*forma* (se entiende que aguda en un principio pero que se puede desarrollar posteriormente, anormal y patológica) *en que alguien se comporta ante un determinado estímulo*”¹¹ en contraste con términos como el de respuesta que implica “*una contestación...una satisfacción...una réplica...un corresponder...un efecto pretendido*”¹¹. Nuestro Diccionario de la Lengua Española es bastante clarificador en estas dos acepciones. En los dos términos el estímulo es necesario pero en la reacción parece haber ya una “*forma*” preestablecida o predisposición particular de comportarse ante los diferentes estímulos basada en una amalgama de aspectos biológico-genético-temperamentales, en las experiencias previas, en los condicionantes y en las creencias y prejuicios, en tanto que en la respuesta esa contestación y satisfacción hace una mayor referencia al propio estímulo, que provocaría un efecto más adaptativo y sobre todo más equilibrado (se entiende que hasta cierto límite). Por tanto las personas ante factores estresantes y/o traumáticos podrían; 1) responder, 2) reaccionar o 3) verdaderamente “*enfermar*” en el sentido más médico del término y en el que el factor traumático dejaría una auténtica huella neuropsiquiátrica que habría que buscar.

En este trabajo los términos respuesta, reacción y “*enfermar*” por causa de un acontecimiento se utilizarán como sinónimos, por no estar éstos perfectamente diferenciados en el lenguaje científico médico y usarse preferentemente el primero de ellos para apellidar genéricamente a este grupo de trastornos. Quizás en un futuro este estudio contribuya modestamente a modificar la semiología psiquiátrica general de los diferentes cuadros en función de criterios evolutivos, sustituyendo términos tan desafortunados como reacción legítima por el de respuesta. Si eso ocurriera estos cuadros podrían dividirse en Respuestas frente a factores estresantes y/o traumáticos, TPR y en Trastornos Psiquiátricos Traumáticos, Postraumáticos, Lesionales o Pseudolesionales. Pero no se adelantarán acontecimientos futuros y se dejarán ahora las cosas como están, por lo que se hablará en general de TPR.

ASPECTOS HISTÓRICOS

En diversas revisiones^{12, 13} se ha rastreado de manera intensiva todas aquellas menciones acerca de personas, en una gran parte de casos soldados en situaciones de combate, que sufrieron alteraciones psíquicas graves frente a distintos acontecimientos. De esta suerte se puede afirmar que la primera descripción de este tipo de hechos la realiza **Herodoto** describiendo la batalla de Maratón hace 2.400 años.

En la época clásica fueron frecuentes las referencias a este tipo de trastornos en la cultura popular, en las leyendas, epitafios o en el arte funerario. Así, una serie de arquetipos mitológicos representaban el sufrimiento reactivo como era el caso de *Orfeo*, ejemplo del duelo tras un trauma, o de *Io*, paradigma del trastorno de la mujer violada. Por otra parte **Platón** y **Aristóteles** describieron las “*agitaciones del alma por el recuerdo de sus dolores, así como de sus faltas o crímenes*” y recomendaron “*la práctica de ritos y misterios para restaurar el estado de calma y reposo interno y para devolver la sobriedad de los sentidos*”¹⁴.

Los conceptos romanos sobre los trastornos psicorreactivos repitieron, con escasas variaciones, los temas griegos. Quizá la mención más destacada sería la de **Lucrecio** en su “*De Natura Rerum*” que abordó en uno de sus capítulos el tema de los sueños, describiendo las pesadillas dolorosamente persistentes que asediaban a los protagonistas de acontecimientos de distinta naturaleza.

La Edad Media fue un periodo histórico especialmente afectado por acontecimientos estresantes y/o traumáticos tanto individuales como colectivos que eran considerados, desde luego, surgidos de la voluntad divina. A partir de siglo VII, bajo la poderosa influencia eclesial, la expresión del sufrimiento reactivo se convirtió en algo público y ritual. Esto permitió suprimir la angustia asociada por ejemplo a la muerte, transformándola en un acto de asimilación al sufrimiento del hijo de Dios y de esperanza de salvación.

En el Renacimiento destacó la figura de **Ambrosio Paré** (1510-1592) que, siendo médico personal de Carlos IX de Francia, describió como tras la tristemente célebre “*matanza de los hugonotes*” (Noche de San Bartolomé), el rey no podía descansar asediado una y otra vez, por las imágenes de los “*cuerpos destrozados y ensangrentados*”.

Durante el Barroco los conceptos populares de los trastornos psicorreactivos siguieron todavía muy influenciados por la Iglesia. De este modo en nuestro país, a finales del siglo XVI, existía una profunda devoción por el motivo de la Pasión de Cristo. El dolor y el sufrimiento postraumático conectaban con el sufrimiento de Cristo y de su Madre Dolorosa. A pesar de este estado de cosas, se puede afirmar que las bases iniciales para el estudio científico de los trastornos psicotraumáticos, surgieron precisamente de la patología inglesa del Barroco, en donde destacaron entre otros los siguientes autores (Ilustración 1):

- 1) **William Harvey** (1578-1657) que realizó una primera aproximación a la hipótesis psicogenética de los trastornos psicósomáticos, señalando que el dolor, el placer, la esperanza o el temor podían producir un estado de agitación cuya influencia alcanzaba al corazón.
- 2) **Thomas Sydenham** (1624-1689) por su sorprendente descripción de los síntomas disociativos en "*Epistolary dissertation on the hysterical affection*" y, sobre todo, porque propició el desarrollo del concepto de "*enfermedad nerviosa*", que comprendía una conjunto de alteraciones derivadas de una afectación funcional del sistema nervioso.
- 3) **William Cullen** (1710-1790) que en 1769 publicó la "*Synopsis nosologiae methodica*", donde apareció por primera vez el término "*neurosis*", concepto que abarcaba "*aquellas enfermedades no inflamatorias del sistema nervioso central*". Y fue precisamente dentro de las neurosis donde se ubicaron desde un principio a los TPR.

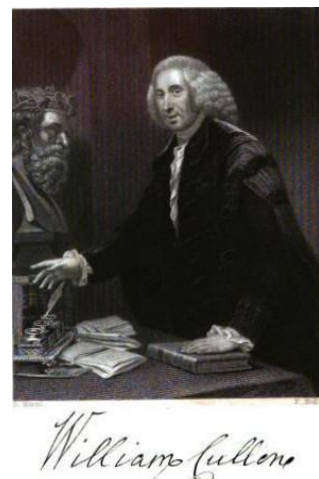


ILUSTRACIÓN 1. W. HARVEY, T. SYDENHAM Y W. CULLEN.

En el siglo XVII aparecieron los primeros textos médicos que dedicaban ya una parte significativa de su contenido al campo de la Psiquiatría, como la “*Praxis Médica*” de **Félix Platter** (1536-1614) o las “*Cuestiones Médico Legales*” de **Paolo Zacchia** (1584-1659), considerado por muchos como el padre de la Psiquiatría legal.

Antes de que hubiera acabado el siglo XVIII, **Phillipe Pinel** (1745-1826)¹⁵ recogió unas interesantísimas observaciones clínicas en personas afectadas por las luchas que se desarrollaron durante la Revolución Francesa, y que constituyen las primeras descripciones precisas de este tipo de trastornos. Además narró como el filósofo Pascal, tras un accidente de coche en el que estuvo a punto de ahogarse al precipitarse al río Sena, cambió su carácter, se hizo más aprensivo, escrupuloso, retraído y sufrió el resto de sus días pesadillas en las que se veía caer por un precipicio y que le obligaban a proteger los bordes de su cama con sillas por miedo a caer mientras dormía. Más adelante en su “*Traité médico-philosophique sur l’alienation mentale*” de 1809 los disgustos y las emociones violentas ocupaban ya un lugar muy significativo dentro de las causas capaces de determinar la enfermedad mental (Ilustración 2). Compartieron con Pinel esta concepción psicogenética **Esquirol** y una serie de discípulos como Falret, Baillarger y Lauret.



ILUSTRACIÓN 2. P. PINEL EN EL HOSPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE POR T ROBER-FLEURY.

En la primera mitad del siglo XIX, y en el contexto histórico de la Ilustración, se acabó consolidando la Psiquiatría como una disciplina autónoma, desarrollándose especialmente en Alemania y sobre todo en Francia, aunque con diferentes marcos metodológicos y conceptuales. La Psiquiatría alemana, fuertemente influida por la “*Naturphilosophie*”, se mantuvo dentro de un marco teórico básicamente especulativo. Por el contrario, la escuela francesa adoptó una orientación eminentemente más clínica y pasó a predominar claramente durante este período. Para esta escuela los trastornos psiquiátricos reactivos se contemplaron, como se acaba de ver en Pinel y en Esquirol pero también en otros autores de la primera parte de esta etapa, dentro de la doctrina de las pasiones. Las pasiones provocarían una alteración del funcionalismo nervioso y las enfermedades psíquicas.

En la segunda mitad del siglo XIX el desarrollo de la Psiquiatría se produjo bajo la influencia del Positivismo. La investigación psiquiátrica, a partir del “*método anatómoclinico*”, se centró en la búsqueda de unas entidades nosológicas de rango superior, “*la especie morbosa*”, cuadros típicos y regulares, invariables en su manifestación por estar sometidos a leyes orgánicas. Se pretendía explicar la sintomatología por medio de alteraciones estructurales localizadas o disfunciones verificadas objetivamente. Las consecuencias lógicas del desarrollo de este método fueron el desarrollo sistemático del análisis clínico nosológico, de la nosografía (descripción) y de la nosotaxia (clasificación) de los trastornos psiquiátricos, que culminará en la obra de Kraepelin. En los trastornos psiquiátricos fracasó la búsqueda de localizaciones lesionales y se tuvo que recurrir a formulaciones especulativas. Dentro del tema que nos ocupa, resultó decisiva la distinción entre los “*Trastornos psiquiátricos por predisposición patológica*” y los “*Trastornos psiquiátricos adquiridos*”.

La segunda gran orientación del pensamiento causal del periodo positivista fue la “*Teoría de la degeneración*”, que se inició con **Benedict A. Morel** (1809-1873) y que posteriormente sería desarrollada por **Magnan**. Dentro de la influencia y perspectivas evolucionistas, se consideraba a la enfermedad mental como resultado de una “*constitución anormal*” o “*desviación morbosa*”, transmisible hereditariamente y sujeta a una evolución progresiva hacia la decadencia. Esta teoría se convertiría en una especie de cajón de sastre para los más diversos problemas, entre ellos los cuadros psicorreactivos. De forma indirecta, ha persistido bajo diversas formulaciones (“*endogeneidad*”, “*predisposición*”, “*diátesis*”), hasta la actualidad.

En 1866, el profesor inglés **J. E. Erichsen** (1818-1896)¹⁶, describió una serie de trastornos psiquiátricos derivados de diversos accidentes ferroviarios en Gran Bretaña y abrió un debate entre los que atribuían dichos casos clínicos a microtraumatismos sufridos en el cerebro ("*railway brain*") y en la médula espinal ("*railway spine*") y los que lo consideraban como síntomas conversivos. En 1883, el también británico **H. Page**¹⁷, y que como Erichsen trabajaba con este tipo de accidentados, consideraba que la experiencia emocional causada por el accidente podía provocar un "*shock nervioso*", incluso la muerte.

A partir de 1869, el psiquiatra americano **Georges M. Beard** (1838-1883)¹⁸ desarrolló el concepto de "*neurastenia*", como un estado de agotamiento psíquico producido como consecuencia de conflictos morales o por debilitamiento nervioso. El cuadro clínico incluía: anorexia, falta de energía, descenso de la concentración, apatía, cefaleas y otros dolores corporales. Estos síntomas podían deberse, entre otras causas, a los traumatismos psíquicos ("*neurastenia traumática*") y su tratamiento implicaba una serie de remedios físicos (tónicos, reconstituyentes) y reposo.

Las concepciones organicistas descritas anteriormente implicaron, desde un principio, importantes repercusiones médico-legales. Los conceptos vinculados a los "*railway brain*" o "*railway spine*" fueron empleados para conseguir indemnizaciones de las compañías ferroviarias. La "*neurastenia traumática*" como resultado del agotamiento producido por el accidente de ferrocarril o laboral, hacía responsable a la compañía, empresa, o incluso al Estado de la indemnización o de la pensión compensatoria de las supuestas víctimas. En este contexto, vinculado a las leyes laborales de finales del siglo XIX, apareció el término "*neurosis de compensación*", definido más adelante por Kennedy en 1946 como "*un estado mental, nacido del miedo, activado por la avaricia, estimulado por los abogados y curado por el veredicto*". Este concepto describe la relación entre los síntomas de los afectados por los accidentes y las expectativas de indemnización sustentada sobre las leyes, lo que en otra terminología posterior se conocerá como "*ganancias secundarias*"^{19, 20}.

En 1889, **Hermann Oppenheim** (1858-1919)²¹ utilizó por primera vez el término "*neurosis traumática*" como entidad autónoma a partir de observaciones sobre accidentes laborales. **Karl Bonhoeffer** (1868-1948) sostenía, frente a la tesis de Oppenheim, que las neurosis traumáticas no eran auténticas enfermedades. Para este autor estos trastornos

eran conductas anómalas que presentan determinados individuos con una finalidad determinada creando el término "*reacción tendenciosa*". El problema pericial consistía en distinguir los mecanismos voluntarios o involuntarios que determinaban su aparición (Ilustración 3 y 4). **Alfred E. Hoche** (1865-1943) consideraba que, frente a las auténticas enfermedades psiquiátricas que presentaban una base anatómica concreta, existían determinadas disposiciones o "*formas de reacción psíquica*" y entre éstas señaló la neurastenia, la hipocondría y la histeria. Estas formas de reacción indicaban que en la "*psique*" existían, preformados, determinados acoplamientos de síntomas. Estas agrupaciones sindrómicas en parte constituían el carácter de un individuo y, en parte determinaban en el caso de especiales influencias patógenas, la forma de reacción patológicamente anormal de la personalidad. **Ernst Kretschmer** (1888-1964) interpretaba los fenómenos psicorreactivos partiendo de mecanismos instintivos de sobresalto y sobrecogimiento que existen en la escala animal. Uno de los más grandes psiquiatras de todos los tiempos, **Emil Kraepelin** (1856-1926), en la 6ª edición de su tratado (1889) fue pionero en conceder un estatus nosológico autónomo a este tipo de trastornos que aparecieron, eso sí, bajo el paraguas de las neurosis como "*neurosis de espanto*" ("*Schreckneurose*"). En la versión española de la 2ª edición del célebre Tratado de las Enfermedades Mentales de **Oswald Bumke** (1877-1950)²², **Karl Birnbaum** (1878-1950) afirmaba que "*el espanto puede despertar inmediatamente diversas reacciones somáticas que, en condiciones normales, no tardan en desaparecer y ser compensadas*". Cuando el cuadro inicial no remitía se consideraba que entraba en juego el factor de "*sugestionabilidad*" producido por el accidente y sobre todo por el "*hecho de hallarse asegurado*", aunque reconocía que esta explicación podía tener sus excepciones. También se describía como los afectados por los accidentes desarrollan, con bastante facilidad, actitudes querulantes y que en esta lucha por sus derechos, podían presentar pseudomemorias, falseando los recuerdos traumáticos y/o concepciones paranoides referentes a sus experiencias. Por último, señalaba que las dificultades para la reinserción social que presentaban estos pacientes se debían a que se les concedía con demasiada facilidad y antes de tiempo, una renta o indemnización que les hacía perder la afición al trabajo y, a partir de entonces, se transformaban, real y definitivamente, en enfermos.



ILUSTRACIÓN 3. H. OPPENHEIM.



ILUSTRACIÓN 4. K. BOHHOEFFER.

La Psiquiatría francesa de finales del siglo XIX no aceptaba el concepto de neurosis traumática, tal y como figuraba en el pensamiento de Oppenheim, y acabó desarrollando sus propios modelos. Los autores más representativos de esta escuela y época fueron;

- 1) **Jean M. Charcot** (1825-1893). Este influyente autor (Ilustración 5) consideraba que los cuadros descritos como neurosis traumáticas podían incluirse dentro de la histeria, de la neurastenia o en una forma intermedia, entre las dos anteriores, que denominó "*histero-neurastenia*". La lesión que originaba los síntomas era para Charcot, no una alteración material grosera como para Oppenheim, sino una lesión puramente dinámica "*sine materia*", como sostenía para explicar el desarrollo de los síntomas histéricos. Este concepto de lesión dinámica sería retomado por Freud posteriormente.
- 2) Para **Pierre Janet** (1859-1947) las funciones psicológicas constituían conjuntos o sistemas cuyas partes se encontraban superpuestas jerárquicamente (Ilustración 6). La personalidad estaba constituida por funciones superiores que van evolucionando. Las neurosis se interpretaban como alteraciones del desarrollo de la personalidad. Así, algunos individuos permanecían fijados en algunos estadios evolutivos sin poder ir más lejos, manteniéndose con las funciones antiguas (más inferiores o menos desarrolladas), independientemente de las nuevas

circunstancias presentes. Las neurosis se hacían más presentes, o se agravaban, en momentos en los que se producían cambios, personales o sociales, que exigían nuevos esfuerzos adaptativos (pubertad, matrimonio y otros cambios vitales significativos). Fuera de estos momentos, estos individuos, eran capaces de funcionar. Janet consideraba también que en las neurosis se producía un déficit funcional de energía psíquica (tensión psicológica), que producía un debilitamiento de las funciones psíquicas más superiores y socializadas, que precisaban un mayor aprendizaje de control y adaptación a la realidad. Este debilitamiento podía producirse por diversas causas (herencia, exceso de trabajo, agotamiento, emociones). Cuando se producía el debilitamiento funcional aparecían, se liberaban, “*operaciones inferiores*” que reemplazaban a las “*operaciones superiores*” que se han hecho difíciles o imposibles. Así podían darse, desde cuadros de ansiedad, a la liberación psicomotriz de conductas primitivas (actos desordenados, agitaciones psíquicas y otras conductas).

- 3) **Joseph Babinski** (1857-1932), médico francés de ascendencia rusa, definía la histeria como “*un estado psíquico caracterizado por síntomas primitivos secundarios, susceptibles de ser reproducidos por la sugestión y de desaparecer por persuasión*”. Recomendó sustituir el término “*histeria*” por el de “*pitiatis-mo*”, del griego: “*pitios*” (persuado) e “*iatros*” (tratamiento), es decir, “*curable por persuasión*”. Según este autor habría que considerar histéricos sólo aquellos fenómenos que podrían ser voluntariamente imitados.
- 4) **Édouard Brissaud** (1852-1909), autor de “*Leçons sur les maladies nerveuses*” definió el término “*sinistrosis*” como una actitud del herido que rehusaba reconocer su curación, porque consideraba de buena fe, que no había obtenido una justa reparación del daño sufrido de acuerdo con la ley. En el fondo consistía en una actitud de reivindicación que tomaba su punto de partida en la sobre- estimación del derecho a ser indemnizado. La sinistrosis podía ser una actitud aislada, pero a menudo se combinaba con otras actitudes como la de frustración o paranoidismo, cuyo exacto valor patológico era difícil de fijar, sobre todo si se presentaba como elemento sindrómico principal del cual derivan el resto de síntomas alegados por el sujeto.



ILUSTRACIÓN 5. J. M. CHARCOT.



ILUSTRACIÓN 6. P. JANET.

En el contexto psicoanalítico las neurosis se caracterizaron por ser alteraciones motivadas por conflictos inconscientes. Los primeros elementos neurotizantes se producían en la infancia en forma de conflictos ambientales, más o menos característicos de las diversas etapas del desarrollo infantil, que persistían reprimidos en el inconsciente. Las experiencias traumáticas posteriores serían secundariamente interiorizadas para actuar como conflictos psíquicos internos que reactivarían los conflictos anteriores y por este mecanismo (psicodinamia) acabarían afectando y envolviendo a la personalidad completa²³. Para **Sigmund Freud** (1856-1939) “*la angustia previa*” era un factor de psicovulnerabilidad que determinaría que un determinado sujeto desarrollara el cuadro de neurosis traumática, a diferencia de todos los que habían podido sufrir experiencias traumáticas y no lo habían desarrollado. La angustia provocada por el acontecimiento traumático debía por tanto enlazarse con la angustia previa, de posible origen en la infancia^{24, 25, 26} (Ilustración 7).

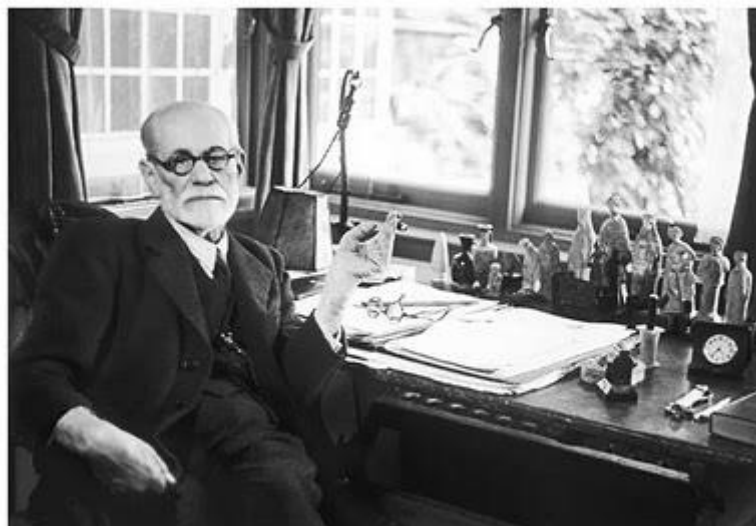


ILUSTRACIÓN 7. S. FREUD RODEADO DE SUS OBJETOS ARQUEOLÓGICOS.

A finales del siglo XIX, y a raíz de una serie de conflictos bélicos como fueron las guerras napoleónicas, la guerra civil americana (1860-1865) y la guerra franco prusiana (1870-1871), aparecieron las primeras descripciones científicas de trastornos mentales sobrevenidos en el curso de las campañas militares. Se inició, por tanto, el reconocimiento de la importancia de los trastornos psiquiátricos surgidos en el transcurso de la guerra. Se describieron una serie de trastornos psicotraumáticos como fueron la *“nostalgia”*, el *“railway brain syndrome”* o el *“corazón de soldado”* y apareció un concepto de gran trascendencia posterior para la Psiquiatría militar: *“la inespecificidad de los trastornos psíquicos de guerra”*.

- 1) La *“nostalgia”* tuvo el mérito de ser el primer trastorno psiquiátrico descrito como resultado de las campañas militares. Se describía como un *“tipo leve de locura causada por la desilusión y la continua añoranza del hogar”*. Incluía, no obstante, un amplio abanico de trastornos psíquicos de diferente gravedad, trastornos del humor, cuadros confusionales o delirantes, reacciones suicidas e incluso alteraciones metabólicas y carencias nutricionales. Las primeras descripciones de este cuadro las realizó **Pierre F. Percy** (1754-1825), en el transcurso de las campañas napoleónicas, como una alteración que sufrían los soldados tras largos periodos de tiempo, lejos de su tierra y de su hogar. Las levadas en masa que se produjeron para hacer frente a las sucesivas necesidades de recursos hu-

manos, con el consiguiente alistamiento de individuos cada vez más jóvenes y desmotivados, incrementaría el problema²⁷. La Guerra de Secesión americana consolidó el concepto de nostalgia. Inicialmente sería considerada como un problema de moral o debilidad de carácter y por ello su tratamiento se realizaba a partir de medidas firmes y represivas. Posteriormente se constataría que este tipo de medidas restrictivas, si bien reducían los casos declarados de “*nostalgia*”, contribuían al incremento de las bajas y hospitalizaciones por somatizaciones (cefaleas, neuralgias y otras) que proporcionaban una coartada diagnóstica menos deshonrosa para la separación del servicio²⁸.

- 2) El “*railway brain syndrome*” fue descrito a raíz de la Guerra de Secesión Americana por **Silas Weir Mitchall** (1829-1914) y se caracterizaba por: “*angustia, emotividad exagerada, depresión, insomnio, amnesia y dismnesia*”.
- 3) El “*corazón de soldado*” o “*síndrome del corazón irritable*” fue descrito también a partir de observaciones en la Guerra Civil Norteamericana por **Jacob Mendes Da Costa** (1833-1900), como una alteración cardíaca funcional resultado de una hipersensibilidad o hiperreactividad simpática, que aparecía como respuesta a la tensión derivada del combate y que se caracterizaba clínicamente por: “*dolor precordial, palpitaciones, vértigo y otros síntomas de ansiedad*”. Este síndrome también se conocería como “*síndrome de esfuerzo*” o “*astenia neurocirculatoria*”²⁹.
- 4) Para muchos psiquiatras de épocas previas como Pinel o Esquirol las guerras eran susceptibles de producir trastornos psiquiátricos específicos, incluso “*psicosis de guerra*”. Sin embargo, las experiencias bélicas posteriores fueron a contradecir esta opinión. Así en el curso de la guerra franco-prusiana (Ilustración 8) que se prolongó casi un año a partir de Julio de 1870, **Henri Legrand du Saulle** (1830-1886) afirmó que “*los factores morales de la guerra no hacen otra cosa que precipitar un infortunio ya previsto*”, en otros términos: “*la guerra no crea trastornos psiquiátricos específicos, sino que, simplemente, evidencia o agrava enfermedades mentales preexistentes*”. De forma análoga, otros autores (Bourdin, Maudsley, Griesinger), también llamaron la atención sobre la importancia de la predisposición constitucional individual, cuando se compara con otros factores, en la determinación de los trastornos mentales en la guerra.

Además, estos trastornos no diferían de los cuadros descritos con ocasión de grandes catástrofes³⁰.



ILUSTRACIÓN 8. DEFENSA PUERTA DE LONGBOYAU (GUERRA FRANCO-PRUSIANA). A. DE NEUVILLE.

Durante la guerra ruso- japonesa (1904-1906), las estadísticas oficiales hablaban de 3500 hospitalizados por trastornos psiquiátricos en el ejército ruso. Los médicos militares del mismo describían cuadros psiquiátricos que denominaban “*reacciones a la batalla*”, entre los que distinguían dos tipos. Por una parte, cuadros de aparición brusca (aguda) y duración breve, caracterizados por una sintomatología de tipo confusional o de agitación psicomotriz. Por otra, cuadros más persistentes, que podían prolongarse incluso semanas, y que se caracterizaban por irritabilidad, temor e inestabilidad emocional. Por imperativos logísticos (dificultades de evacuación de las bajas en las grandes distancias territoriales), los servicios sanitarios rusos (apoyados por la Cruz Roja), tuvieron que desarrollar la psiquiatría avanzada, una de las adquisiciones fundamentales de la psiquiatría de guerra. Se establecieron centros de tratamiento psiquiátrico localizados en la zona de retaguardia (próximos al frente) y hospitales de evacuación, para reincorporar las bajas psiquiátricas, lo antes posible. A pesar de todos estos dispositivos, una proporción muy exigua de afectados se pudo enviar de nuevo al frente. Un participante en la guerra ruso-japonesa, el alemán **Honigman** que había colaborado en esa batalla con la Cruz Roja, propuso en el Congreso Alemán de Medicina Interna de 1908, el término “*neurosis de*

guerra” (*kriegsneurose*), para denominar los trastornos psíquicos observados en combate (histerias y neurastenias, en la terminología de la época). Estos cuadros eran los análogos a las “*neurosis traumáticas*” descritas anteriormente por Oppenheim en las víctimas de accidentes de ferrocarril.

En 1912 un psiquiatra polaco, **Adam Cygielstrejch** (1886-1935), sistematizó los trastornos psiquiátricos observados con más frecuencia durante la guerra, en cuatro grupos principales: a) “*Psicosis epilépticas*”, cuadros que aparecían en sujetos sin antecedentes previos de epilepsia y duraban aproximadamente unas 3 semanas, b) “*Psicosis neurasténica*”, se caracterizaban clínicamente por cefaleas, alteraciones del sueño, apatía, sobresaltos, alucinaciones terroríficas de contenido bélico e ideación suicida, c) “*Amencia depresivo-estuporosa*”, al parecer trastorno muy frecuente, caracterizado por depresión, desorientación e ideas de persecución y autoacusación y d) “*Confusión mental*”. Estos cuadros no siempre tenían un desencadenamiento inmediato y solían ser reversibles. Respecto a la etiopatogenia de estos trastornos este autor consideró el factor de predisposición un factor necesario y como determinantes las condiciones extremas de la guerra y los factores emocionales de la misma³¹.

La Primera Guerra Mundial estalló en un momento en que se había conseguido una gran claridad en la clasificación de los trastornos mentales, a partir de la perspectiva nosológica kraepeliniana. En este conflicto bélico destacó la elevada incidencia de trastornos psiquiátricos reactivos que afectaron sobremanera al ejército alemán. Esto generó una importante polémica doctrinal y, desde el punto de vista más pragmático, la aparición de centros y programas específicos para el tratamiento de estos trastornos³². Los trastornos psiquiátricos observados durante esta contienda recibieron distintas denominaciones en función sobre todo del área de influencia en el que se utilizaron así;

- 1) En el área de influencia alemana las neurosis de guerra (histeria de guerra), al igual que ocurriera con las neurosis traumáticas, abrieron un importante debate en el congreso que se celebró en Munich en 1917. Se enfrentaron las tesis organicistas de Oppenheim y las de Bonhoëffer. Las primeras sostenían que en las neurosis de guerra se encontraba una base lesional cerebral (hipótesis mecánica postconmocional), producida por los bombardeos masivos de la artillería (*granatshockwirsbung*). El efecto mecánico de las explosiones produciría perturbaciones funcionales cerebrales como había señalado Oppenheim. Por otra parte,

como ya fue expuesto, para Bonhoëffer las neurosis de guerra no eran enfermedades específicas, sino más bien reacciones tendenciosas para escapar a los peligros del combate. La experiencia clínica militar reflejaba que los casos de “*neurosis de guerra*” se iban incrementando con la prolongación del conflicto, llegando a un máximo en la postguerra inmediata. Pudo observarse como los puestos de socorro (lazaretos) próximos al frente (Verdum) no cesaban de recibir “*histéricos*” mientras que no ocurría lo mismo en los lazaretos destinados a prisioneros del otro bando. En estos últimos sólo se incrementaban los ingresos cuando circulaba el rumor de un posible intercambio de prisioneros que implicaba, una más que probable vuelta al combate. Bonhoëffer describió como en 1918, cuando terminó la guerra, los lazaretos ocupados por histéricos se vaciaron espontáneamente, por brusca curación de los ingresados que, con cierta frecuencia, “*se convertían en celosos revolucionarios y activos agitadores*”³³. La terapéutica de los neuróticos de guerra, después de excluir el diagnóstico de una lesión orgánica, incluía su aislamiento y medidas rígidas y firmes, sin apariencia de duda, proporcionándoles la seguridad de su curación y la impresión de que por el engaño no se podía lograr el fin propuesto. Se les dedicaba desde el principio a un trabajo útil y se procuraba su rápida reinserción a sus unidades respectivas. El arsenal terapéutico incluía toda la gama de tratamientos de la época: sedantes (cloral y gardenal), tónicos, ejercicio, fisioterapia, masajes, psicoterapia inductiva, persuasiva y disuasoria, como las corrientes farádicas o galvánicas (Kauffmann). El “*exceso de celo*” de ciertos médicos en la aplicación del método psico-eléctrico, parece ser que llevó a algunos soldados al suicidio y motivó la apertura de diligencias penales al final de la guerra. En 1919 el propio Freud tuvo que intervenir, como experto, para defender al profesor Wagner-Jauregg acusado de haber abusado de estas técnicas en su clínica de Viena. Freud garantizó la probidad y humanidad de su colega aunque criticó su método, más por sus pobres resultados que por sus principios, y es que de hecho él mismo también lo había utilizado al principio de su carrera, para el tratamiento de síntomas histéricos en algunas de sus pacientes. En 1919 **Robert Gaupp** (1870-1953) distinguió, dentro de las “*neurosis de guerra*”, cuadros agudos reversibles y cuadros más duraderos que tendían a cronificarse. Los cuadros crónicos se caracterizaban por síntomas depresivos, ansiedad, hipersensibilidad con

reacciones exageradas al ruido, insomnio y pesadillas de temática bélica. Estos cuadros eran considerados como una asociación de síntomas de las “*neurosis de espanto*” y de residuos de un “*estadio neurasténico anterior*”.

- 2) En el área de influencia francesa destacaron dos obras clásicas en la psiquiatría militar: “*La psychiatrie de guerre*” de **A. Porot** (1876-1965) y **A. Hesnard** (1886-1969)³⁴ y “*La pratique psychiatrique dans l’Armée*” de **A. Fribourg-Blanc** (1888-1963) y **M. Gauthier**³⁵. Las precisas descripciones de los clínicos franceses distinguieron cuadros agudos como “*la hipnosis de las batallas*” (Milian, 1915), cuadro muy próximo al sonambulismo histérico de Charcot, “*la confusión mental de guerra*” y otros cuadros con manifestaciones histéricas y ansiosas. También se describieron cuadros de aparición retardada, después de un periodo de latencia. Entre estos cuadros tardíos se encontraron “*los obsesionados con el campo de batalla*”, sujetos que se sentían reiteradamente atormentados por una escena bélica especialmente dolorosa. La angustia que les provocaba tales recuerdos era fácilmente activada, por conversaciones, noticias o lecturas, de forma tan intensa que el paciente que podía llegar, incluso al suicidio. Respecto a la etiopatogenia de los trastornos psíquicos de guerra, se produjo un desplazamiento desde posiciones organicistas hasta concepciones psicogenéticas. Las experiencias clínicas no pudieron confirmar que el “*shock traumático*” fuera un estado de conmoción cerebral ocasionado por el estallido cercano de las bombas (“*shock por explosión*”). Esta hipótesis se fue sustituyendo por conceptos como el de “*shock emocional*” que acentuaban los aspectos psicológicos tanto en la etiopatogenia como en la terapéutica y la pericia. Se consideraba que la guerra, como todas las causas exógenas, choques emocionales, fatiga, traumatismos, infecciones y otras no producían alteraciones psíquicas, más que sobre personalidades predispuestas para el desequilibrio, taradas o constitucionalmente frágiles. No obstante, frente a esta postura “oficial”, aparecieron también opiniones discrepantes que consideraban que, a veces, un acontecimiento traumático o una conmoción podía, no solo revelar, sino incluso crear una transformación de la personalidad (constitución hiperemotiva) en sujetos que previamente no estaban predispuestos a ello³⁶. Los métodos terapéuticos que se emplearon fueron, generalmente, medidas sencillas (reposo, alimentación, cuidados corporales, ocupación), sedación, tónicos. En ocasiones se recurrieron a métodos más

incisivos, como psicoterapia inductiva, sugestión, corrientes farádicas (método psico-eléctrico de Roussy y Lhermitte). Algunos clínicos recurrieron a una psicoterapia que ponía el acento sobre la causa, más que sobre el síntoma (“*es preciso decir al soldado que deje de tener miedo y no que deje de temblar*”). Se empleó la hipnosis, para reducir los síntomas y también para hacer revivir el trauma inicial, con la intensidad suficiente para su rememoración completa y su descarga catártica. Incluso la catarsis sería propiciada posteriormente con el empleo de anestésicos (cloral, cloroformo, éter y otras sustancias).

- 3) En el área de influencia anglosajona autores como **Charles S. Myers** (1873-1946) hablaron, en consonancia con las tesis de Oppenheim, del denominado “*Shell-shock*” (trauma del bombardeo). El interés clínico de esa época estaba centrado en los cuadros neuróticos, distinguiéndose tres formas principales: formas ansiosas, estados de desvanecimiento y la histeria de conversión. También existía un interés por el estudio de los factores psicógenos en ciertas afecciones médicas (perspectivas psicosomáticas). Las terapéuticas se moderaron sin abandonar totalmente los métodos agresivos y se llegó a un consenso sobre la necesidad del “*tratamiento precoz en la zona de vanguardia*” para evitar la fijación de los trastornos. Muchos psiquiatras militares (tanto del área anglo-francesa como del área austro-alemana) señalaron que las bajas psiquiátricas, sobre todo los histéricos, tenían más posibilidades de curar y volver al combate si eran tratados inmediatamente y en las proximidades del frente. Por el contrario los que eran evacuados a la retaguardia tenían más posibilidades de reforzar sus síntomas, con mayores dificultades para volver al combate, sobre todo en un entorno de compasión, propiciado por las visitas, familiares y los cuidados hospitalarios. Así en el ejército británico se crearon, a partir de 1915, unidades avanzadas (“*causalty clearing stations*”) que por medios terapéuticos sencillos procuraban la reincorporación de las bajas psíquicas (Forsyth, 1915). Destacaron en esta etapa el interés, desde el punto de vista preventiva, y sobre todo a partir de 1917, por las medidas de selección que perseguían la formación de un ejército estructurado y capaz. Aparte de las medidas de selección, se consideraban fundamentales factores como la “*cohesión*” de las unidades y “*la moral*” para la salud mental de los combatientes³⁷. Existen pocos trabajos sobre las secuelas de las neurosis de guerra de la Primera Guerra Mundial. Tan sólo Gran Bretaña

presentó datos referentes a 200.000 pensiones de guerra por trastornos mentales producidos por esta primera Gran Guerra en 1940 (Ahrenfeld, 1958). El americano **T. W. Salmon**, enviado como observador en el ejército británico, antes de la entrada de Estados Unidos en la guerra, codificó en 1917 el tratamiento psiquiátrico avanzado sobre los cinco principios que le hicieron célebre:

- *Proximity* (proximidad). El paciente debía tratarse en la proximidad del frente de combate.
- *Inmediacy* (inmediatez). El tratamiento debía instaurarse precozmente. La prontitud del tratamiento evitaba el desarrollo de la neurosis traumática.
- *Expentancy* (esperanza de curación). El personal terapéutico tenía que inculcar en el paciente la esperanza de recuperación y la convicción de que va a superar su trastorno, entendido como una descompensación transitoria.
- *Simplicity* (simplicidad). Implicaba que había de recurrirse a medidas terapéuticas sencillas (reposo, restitución del sueño, alimentación, sedantes o tónicos) y medidas psicoterapéuticas basadas en la persuasión (“*porque la persuasión está en el origen del trastorno*”).
- *Centrality* (centralidad). Las actividades anteriores tenían que efectuarse dentro de un cuadro organizado coherentemente, escalonado (desde las unidades avanzadas, hasta los hospitales de la retaguardia), que permitieran tanto regular el flujo de las bajas, como imponer una unidad doctrinal a todo el personal distribuido en los diferentes escalones.

4) El Quinto Congreso Internacional de Psicoanálisis que se celebró en Budapest en 1918, se centró precisamente en el tema de las “*Neurosis de Guerra*”. Se reunieron los trabajos de destacados psicoanalistas (Ilustración 9) como fueron los de su propio fundador, **Sandor Ferenczi** (1873-1933) y **Karl Abraham** (1877-1925). La traducción inglesa de estos estudios apareció en 1921 con el título “*Psychoanalysis and the War Neuroses*”.

- S. Freud constató en las neurosis de guerra factores idénticos a los de las neurosis de la vida civil: el origen psicógeno de los síntomas, la importancia de los conflictos inconscientes y el papel de beneficio

primario proporcionado por el trastorno para solucionar los conflictos psíquicos. No obstante, señaló que las neurosis de guerra, a diferencia de las neurosis comunes del tiempo de paz, debían de ser concebidas como neurosis traumáticas, posibilitadas o favorecidas por un conflicto yoico, que surgía entre el antiguo y pacífico “yo” del individuo en la vida civil, y el nuevo “yo” guerrero que se le exigía al soldado. Este conflicto se agudizaba si el “yo” pacífico se encontraba en una situación de riesgo inminente (amenaza para su vida) en que lo ha puesto su nuevo “yo” guerrero. Ante este conflicto, el “yo” pacífico se protegía mediante la fuga hacia la neurosis traumática que le permitía rechazar al “yo” guerrero, potencialmente peligroso para su existencia³⁸. Los cuadros clínicos, de las neurosis de guerra, eran semejantes a los de las neurosis traumáticas que se producían a raíz de accidentes, en los que existe grave peligro de muerte. Estos cuadros se aproximaban a la histeria por su riqueza en síntomas motores, pero la superaban por los acusados signos de padecimiento subjetivo, más parecidos a los que presentan los pacientes melancólicos e hipocondríacos y por un mayor quebrantamiento de las funciones anímicas y astenia general³⁹. En las neurosis traumáticas y de guerra resaltaron dos rasgos significativos: primariamente el hecho de que el factor capital de la motivación parecía ser la sorpresa, sobresalto o susto experimentado, y, en segundo lugar, que una contusión o herida física recibida simultáneamente, actuaba en contra de la formación de la neurosis⁴⁰. Investigando la vida onírica de este tipo de trastornos, se observaba el carácter reintegrador del paciente a la situación del accidente sufrido, haciéndole despertar en cada nuevo sobresalto. Esto iba más allá del simple impacto de la violencia del hecho traumático que le perseguiría hasta en el sueño. El paciente se encontraba literalmente “fijado” al trauma.

- S. Ferenczi tuvo la oportunidad de estudiar en 1916 a un grupo de pacientes que habían sufrido la explosión próxima de un obús y habían desarrollado un cuadro de “parálisis y excitación”. En este cuadro, una vez descartada toda lesión central neurológica, la hipó-

tesis más probable era que se trataba de un estado psicógeno, por fijación del trauma e investimento psíquico de un lado corporal (cuadro de histeria). Otro grupo de pacientes presentaba “*temblor generalizado y trastornos de la marcha*” aunque también hipoacusia, ftofobia, se mostraban temerosos y tenían perturbaciones del sueño en forma de pesadillas angustiosas que repetían las situaciones peligrosas vividas en el frente. Casi todos presentaban inhibición total o parcial de la libido e impotencia sexual. En algunos casos se observaba un periodo de latencia en la aparición de los trastornos y, en algunos, incluso una sumación de traumatismos. Estos cuadros evolucionaban de forma crónica. Ferenczi interpretaba estos trastornos desde la teoría del narcisismo. Consideraba que en su desarrollo intervenía, no solamente la sexualidad genital (como en la histeria), sino también una etapa anterior, el narcisismo, el amor de sí. Un shock, o una serie de ellos, tendría el efecto de producir una retirada de la libido de los objetos, sobre el “yo”, este amor excesivo por el yo degeneraba, a menudo, en una especie de narcisismo infantil y los enfermos se comportaban entonces como niños. La predisposición, si bien no siempre era necesaria, implicaba una mayor o menor “*tendencia narcisística*” en el individuo. El móvil primario de la enfermedad era el placer de residir en el abrigo seguro de la situación infantil abandonada en otro tiempo. El shock provocado por el traumatismo rompía la confianza en sí mismo y la angustia, en el primer plano, se canalizaba en las fobias. Por último, los sueños angustiosos y con miedo, representaban tentativas de curación espontáneas para el paciente, a través de las cuales liberaba su miedo insoportable, incomprensible en su totalidad⁴¹.

- K. Abraham consideraba que la sexualidad estaba tan implícita en este tipo de neurosis, como en el resto de las mismas. Para este psicoanalista el trastorno desencadenado por el traumatismo encontraba su verdadero origen en las resistencias antiguas e inconscientes a la sexualidad. El traumatismo evocaba una modificación regresiva hacia la etapa del narcisismo, facilitada por una fijación parcial de la

libido a este estadio del desarrollo. Esta fijación funcionaba como una predisposición. Si el sujeto predispuesto llegaba sin descompensarse hasta el traumatismo, era por *“la ilusión narcisística de ser invulnerable e inmortal”*. Esta creencia era bruscamente sacudida por los efectos del traumatismo (explosión, herida o acontecimiento traumático) con lo que la seguridad narcisística cedía su sitio al sentimiento de impotencia y la neurosis aparecía produciéndose la regresión infantil. Abraham señaló la ausencia de estos trastornos en los heridos físicos. La herida física limitaba la regresión narcisística y la zona herida tomaba el significado de una zona erógena. La regresión narcisística permitía comprender también las actitudes del paciente para una eventual reparación: *“tiene el sentimiento marcado de haber sufrido una pérdida enorme, ha sido tocado en sus capacidades de transferencia libidinal, en la base misma del sentimiento de sí mismo y no puede ser resarcido de este empobrecimiento”*⁴².



ILUSTRACIÓN 9. S. FREUD CON S. FERENZCI, K. ABRAHAM Y OTROS PSICOANALISTAS.

Durante la Guerra Civil Española, la psiquiatría de ambos bandos asumió la tesis que se había impuesto a raíz de la Primera Guerra Mundial: "*no existen cuadros psiquiátricos específicamente debidos a la guerra*", los trastornos psiquiátricos que se observaban en la guerra eran los mismos con los que habitualmente se tropezaba el psiquiatra en la vida civil. No obstante se admitía que las condiciones de guerra podían potenciar y desencadenar alteraciones de conducta y reacciones psíquicas anormales⁴³. En la bibliografía de la época^{44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53} se describieron un escaso número de histerias (sobre todo si las comparamos con las que se registraron en la Primera Guerra Mundial), un pequeño porcentaje (4,75 %) de trastornos psiquiátricos duraderos y la sorprendente resistencia de las poblaciones civiles a los bombardeos, éxodos y agresiones bélicas de todo tipo. El tipo de reacción observada más frecuentemente era el tipo sensitivo-paranoide, cuya frecuencia era especialmente significativa entre los oficiales, generalmente en sujetos inseguros, depresivos y con elevado sentido de amor propio, ante situaciones de fracaso o ante agresiones del medio o simplemente ante "*vivencias provocativas*". Entre los trastornos de personalidad, destacaban los llamados psicópatas asténicos, caracterizados por su fácil tendencia al cansancio y agotamiento, acompañados de manifestaciones vegetativas y actitudes hipocondríacas. Destacaba la actitud enérgica del terapeuta en asegurar, en todo momento y ocasión, con poder de convicción ante el paciente, que se esperaba su curación. Se pretendía lograr, en el menor tiempo posible, la reintegración del individuo a su unidad. El principal método consistía en el trabajo, más o menos metódico. Se consideran actitudes erróneas el tratar de forma explícita o implícita al neurótico de guerra como a un simulador. Es más, la mera indicación en este sentido provocaba en el sujeto una actitud de indignación ante el médico y un aumento de las resistencias al proceso curativo. Aunque en líneas generales se aceptaba la nosología kraepeliniana, los psiquiatras españoles emplearon distinciones y matices que a veces dificultaba de forma considerable su entendimiento así;

- 1) **Antonio Vallejo Nájera** (1889-1960) utilizaba el término "*Psicosis de Guerra*" que definió como "*síndromes clínicos que se presentan consecutivamente al deseo de eludir los riesgos y deberes de la guerra*". En la línea de Birnbaum consideraba como noxas predilectas de la guerra, el agotamiento somatopsíquico (esfuerzos, desnutrición, falta de sueño) y las emociones perniciosas, ya sean agudas (pánico por una explosión), o crónicas (impresión angustiosa-depresiva causada por la guerra). Dentro de los cuadros clínicos distinguía las reacciones

timógenas y psicógenas. Las primeras serían reacciones afectivas anormales provocadas por una emoción. Las reacciones psicógenas se caracterizaban por la elaboración intrapsíquica de síntomas psíquicos patológicos, obedeciendo a tendencias subconscientes encaminadas al logro de una determinada finalidad (eludir los peligros de la guerra). Para que se produjeran estas reacciones psicógenas se necesitaban dos factores, por una parte una sugestibilidad aumentada (ya sea accidental o permanente) y, por otra, una patoplastia altamente movilizable (mecanismos preformados mediante vivencias y representaciones tendentes al refugio en la enfermedad). Consideraba que estos mecanismos se hallaban preferentemente en las personalidades psicopáticas histeroides (Ilustración 10).



ILUSTRACIÓN 10. A. VALLEJO NÁJERA.

- 2) **Juan José López Ibor** (1908-1991) y Luis Rojas Ballesteros, utilizaban por su parte el término “*neurosis de guerra*”, más afín con las tendencias nosológicas internacionales. El primero de ellos (Ilustración 11), clasificó las “*neurosis de guerra*” atendiendo al mayor o menor predominio de los factores externos (exógenos): agotamiento, infecciones, desnutrición, traumatismos físicos, etc., o por el contrario el predominio de los factores endógenos o constitucionales. La clasificación de las neurosis de guerra de López Ibor resultaba mucho más técnica y científica que la de Vallejo Nájera.



ILUSTRACIÓN 11. J.J. LÓPEZ-IBOR.

- 3) **Emilio Mira y López** (1896-1964) a partir de las observaciones que realizó en la Guerra Civil, describió el “*ciclo emocional del miedo*” dentro de las denominadas “*reacciones emocionales primarias*”. Consideraba, el estado emocional de miedo, como un factor de enorme importancia en la determinación de la conducta, tanto en el plano subjetivo como en el plano objetivo. El tratamiento de este tipo de trastornos, en la zona republicana, se realizaba en unidades independientes, en un anexo a un establecimiento psiquiátrico, pero no integradas en éste. La terapéutica se dirigía a enfermos seleccionados, inequívocamente de neurosis de guerra, en sus diferentes fases de evolución (Ilustración 12).

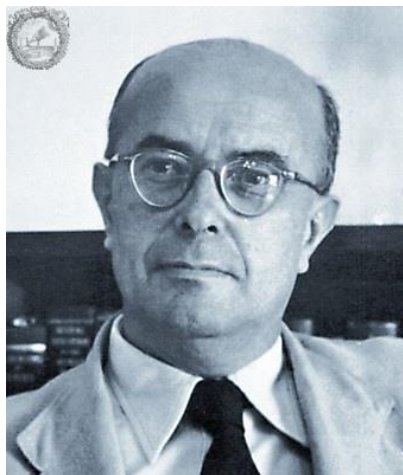


ILUSTRACIÓN 12. E. MIRA Y LÓPEZ.

En la Segunda Guerra Mundial se impuso la psiquiatría norteamericana, apareciendo más de mil publicaciones, en lengua inglesa, sobre los trastornos psicorreactivos derivados de este conflicto⁵⁴. Las aportaciones más numerosas, importantes e innovadoras se realizaron por tanto en los países anglosajones. En general, conforme se iba prolongando la guerra, se produjo un incremento de los trastornos neuróticos, aunque no llegaba a alcanzar las elevadas cifras de la Gran Guerra anterior. Se observó una menor frecuencia de manifestaciones histéricas, sin embargo, aumentaron los trastornos psicósomáticos que recordaban los antiguos cuadros de la "*nostalgia*". En este periodo destacó la frecuencia de cuadros psicorreactivos de aparición diferida o tardía. En Francia, la desorganización de la defensa en 1940 y por razones obvias, limitó considerablemente las publicaciones. En 1947, **Jean Sutter** (1911-1998) estudio, en dos importantes comunicaciones, las psiconeurosis de guerra observadas en el ejército francés al final de la guerra y la aportación terapéutica del narco-análisis. Por su parte **Corot, Paraire y Charlin**, con ocasión de la observación de trastornos mentales en prisioneros de guerra, hablaron de las llamadas "*reacciones psicopatológicas de la cautividad*". En Alemania, la ideología del régimen ignoraba sistemáticamente la psiquiatría de guerra y no aceptaba el estatus de enfermo mental (Ilustración 13). Los trastornos neuróticos eran considerados como vergonzosos para los mismos enfermos y se disimulaban o ignoraban. Sin embargo, la formación de batallones de enfermos "*funcionales*" y su asignación al servicio auxiliar, traducía un reconocimiento implícito de la patología psicorreactiva y aseguraba su recuperación para el medio militar. La influencia de la psiquiatría americana quebró el concepto unitario de las "*neurosis de guerra*" y en su lugar aparecieron una multiplicidad de términos, algunos bastante imprecisos, que básicamente reflejaban particulares puntos de vista de sus autores. El conjunto nosológico se caracterizaba, por tanto, por su falta de coherencia y de sistematización. En la bibliografía de la época se describieron muchos cuadros entre los que se encontraban el "*agotamiento o fatiga de combate*", la "*psiconeurosis*", las "*psicosis traumáticas próximas a la esquizofrenia*", el "*Browned off*", el "*síndrome del viejo sargento*" o las llamadas "*reacciones retardadas*". En cuanto a la etiopatogenia, las teorías organicistas fueron progresivamente abandonadas. El concepto de "*predisposición*" ganó terreno y justificó los enormes esfuerzos para la selección de combatientes que se realizaron en los ejércitos inglés y americano. El papel de la vulnerabilidad personal resultaría sobrevalorado, hasta el punto que un autor como **Glass** llegó a afirmar que "*el 80 % de las neurosis de guerra, ya eran previamente neuróticos*". Progresivamente se

hizo sentir la influencia de las teorías psicoanalíticas sobre la concepción etiopatogénica de los trastornos, las condiciones psicológicas creadas por la guerra y sobre los factores que favorecían la aparición de reacciones psicopatológicas (factores de grupo o individuales), con el desarrollo de técnicas que facilitaban la abreacción rápida de los síntomas. En este periodo aparecieron dos interesantes estudios de **Roy R. Grinker** (1900-1990) y **John P. Spiegel**, “*War neuroses in North Africa*” en 1944 y “*Men under stress*” en 1945⁵⁵, que describían numerosos casos clínicos observados en el frente de Túnez y de Italia y que fueron tratados utilizando básicamente el narcoanálisis. Pero sobre todo destacaron las dos versiones de la obra de **Abram Kardiner** (1891-1981), “*The traumatic Neuroses of War*” en 1941⁵⁶ y “*War stress and neurotic illness*” en 1947⁵⁷. Estos trabajos encuadraron literalmente la guerra de principio a fin, aportando una concepción original y pragmática del psicoanálisis de las neurosis de guerra. Para Kardiner las neurosis traumáticas de guerra eran el producto del dilema conflictual profundo de todo combatiente “*combatir o huir*” (“*fight or flight*”), en términos del psicoanálisis: “*la lucha entre las pulsiones de conservación y el SuperYó*” y se caracterizaba por: a) Alteraciones del sueño y de los sueños, b) Reiterada preocupación por el trauma sufrido, c) Restricción de la personalidad y d) Acentuadas respuestas de sobresalto e irritabilidad. La aparición de los síntomas traumáticos se produciría porque el Yo, a consecuencia del traumatismo de la guerra, se encontraba desbordado (tanto en sus funciones de dirección y control de la personalidad, como en su autonomía), siendo incapaz de aplicar sus defensas para una correcta organización perceptiva y de la motricidad voluntaria, orientación y memoria. El “Yo” solo dispondría de los mecanismos de inhibición y represión, por ello solo puede retraerse sobre sí mismo y limitar sus funciones. Las consecuencias podían recaer sobre un órgano sensorial (síntoma conversivo), sobre la motricidad (inhibición o la excitación), sobre el pensamiento (se producirán distracción y fobias) e incluso podían producir un estado de desorganización, por medio del cual intenta mantener el contacto con el mundo exterior, reprimiendo o fragmentando la conciencia (estupor disociativo o estado crepuscular). La concepción de Kardiner, próxima a la “*disociación traumática*” de Pierre Janet (según la cual, una parte de la conciencia se encontraba ligada al acontecimiento traumático y opera de forma autónoma, aislada del resto de la conciencia), fue retomada en la década de 1990 por autores americanos como **Marmar**, con la hipótesis de la “*disociación peritraumática*”⁵⁸. En cuanto a la terapéutica de estos cuadros, inicialmente se mantenía una actitud receptiva y comprensiva hacia los casos individuales, básicamente inspi-

rada en el psicoanálisis. La terapia de **Wilfred R. Bion** (1897-1979), centrada sobre los profundos sentimientos de inferioridad que presentaban aquellos que no habían podido resistir el shock del combate y presentaban actitudes neuróticas y comportamientos antisociales, constituía un ejemplo de ello⁵⁹. Sin embargo estas expectativas pronto se vieron desbordadas por un número considerable de evacuaciones a retaguardia, con un porcentaje muy débil de retorno al combate (apenas del 5 %). A partir de 1943 se adoptó la actitud tendente a desdramatizar este tipo de trastornos: se emplearon términos como "*reacción a la batalla*" o "*fatiga de combate*" que eran más tolerables. Se consideró también el papel yatrógeno que podían representar las evacuaciones hacia la retaguardia, por contribuir a la fijación de los trastornos, convirtiendo las bajas evacuadas en irrecuperables para el combate. Se aplicaron los principios de Salmon y se llevó a efecto una política de tratamiento descentralizado y lo más próxima posible al frente, con medidas terapéuticas sencillas como reposo, alimentación, actitud psicoterapéutica de expectativas para el retorno lo antes posible al frente y sedación, centradas en el problema del momento, sin profundizar en las líneas del pasado⁶⁰. Estas medidas produjeron unos resultados sorprendentes, logrando recuperaciones en torno al 70 % de los sujetos.



ILUSTRACIÓN 13. AMBULANCIA ALEMANA DURANTE LA II GUERRA MUNDIAL.

Tras la segunda Gran Guerra aparecieron una serie de trabajos sobre las consecuencias de los bombardeos en las grandes ciudades. En las poblaciones civiles se describieron cuadros relacionados con el terror súbito, de parálisis emotiva a modo de anestesia afectiva o resignación apática, seguida de un breve periodo de euforia cuando había cesa-

do el peligro⁶¹. Estos cuadros también se habían descrito en niños que permanecían paralizados de terror y posteriormente se pudo lograr que lo comunicaran mediante dibujos o juegos. En algunas de las víctimas se observaron secuelas persistentes, que se organizaban de acuerdo a tres ejes sindrómicos: a) Un síndrome de ansiedad crónica con insomnio y sueños angustiosos, b) Alteraciones neurofisiológicas como temblores, alteraciones del tono muscular e incluso alteraciones de la conciencia y c) Reacciones sinistrósicas o de renta, con una finalidad o tendencia a la obtención de determinados beneficios. La Segunda Guerra Mundial fue una importante fuente de trabajos sobre los prisioneros de guerra y los supervivientes de los campos de concentración, propiciando la catalogación de diversos cuadros como fueron: el “*síndrome de Targowla o de hipermnesia emocional tardía*”⁶², el “*Síndrome de supervivencia*”⁶³, el “*síndrome de los campos de concentración*” o la “*Psicosis de cautividad*”. En los prisioneros de guerra los cuadros que se describieron con más frecuencia en la literatura, incluían síntomas de apatía, astenia, dificultades de concentración, labilidad afectiva, depresión y pesimismo. En 1950 **R. Targowla**, a partir de las observaciones recogidas sobre prisioneros y deportados varios años después de acabada la guerra, describió el síndrome que lleva su nombre y que clínicamente se caracterizaba por “*reviviscencias hipermnélicas paroxísticas*” (recuerdos intensos y dolorosos de las experiencias traumáticas) que, de una forma aparentemente paradójica, se asociaban a un estado de “*anestesia afectiva*” e “*impotencia intelectual*” (inhibición de funciones como atención, concentración, memoria), configurando un estado de dolorosa fatiga intelectual. A ello podían añadirse otros síntomas como ansiedad, tristeza, trastornos del carácter, trastornos de las funciones somáticas e incluso estados crepusculares transitorios. La aparición de los trastornos era precedida de un período de latencia y su evolución era variable, a veces cíclica, tendiendo en más o menos tiempo hacia la cronicidad. Desde el punto de vista etiopatogenético, Targowla consideraba estos cuadros psicotraumáticos como resultado de una serie de factores físicos (agotamiento físico, falta de sueño, desnutrición, la intemperie y otras graves condiciones de alojamiento) y psicosociales (el envilecimiento progresivo de la persona, una existencia marcada por la absurdidad y la crueldad, la degradación y el sufrimiento moral, así como reiterados y múltiples traumas afectivos). Este síndrome era “*la monstruosa consecuencia de los campos de concentración, concebidos para la destrucción masiva y sistemática de millares de seres humanos, provocando la decadencia progresivamente acelerada del individuo*” y daba lugar a “*alteraciones fisiopatológicas irreductibles, degenerativas, que se desarrollarían*

a la manera de las perturbaciones epileptógenas". Por su parte **Etinger** en 1961, propuso el término KZ syndrome ("*Konzentrationslager syndrome*"), para especificar las neurosis traumáticas de los deportados. En 1966 López Ibor describió, dentro de las secuelas de los campos de concentración, los siguientes cuadros⁶⁴: a) *Neurosis de angustia*, b) *Mutaciones vivenciales reactivas de la personalidad*, que dificultaban la adaptación a las condiciones habituales de la vida del paciente tras el cautiverio y que se caracterizaban por labilidad emocional, sueños angustiosos, actitudes fóbicas, síntomas vegetativos, un estado de ánimo subdepresivo y tendencia al aislamiento. Los graves acontecimientos sufridos podían determinar cuadros reactivos y una serie de modificaciones profundas e irreversibles de la disposición reactiva de la personalidad, c) *Depresiones crónicas*, conocidas bajo una amplia sinonimia ("*Reacciones depresivas crónicas*" por Von Baeyer; "*Desarrollos crónicos depresivos*" por Kolle; "*adinamia depresiva*" por Venzlaff; "*Síndrome de tristeza*" por Traumann etc). Se producían a veces mucho tiempo después de llevada a cabo la liberación y evolucionaban de forma crónica. Esta persistencia se llegó a atribuir a un síndrome orgánico de base. Y, d) *Síndromes paranoides*. El seguimiento a largo plazo de las víctimas de los campos de concentración revelaba un agravamiento de las secuelas postraumáticas con la edad, después de la cincuentena o en la proximidad de la jubilación, de tal manera que la marca de la experiencia de los campos de concentración tomaba una tonalidad persecutoria que invadía la vida del sujeto^{65, 66}. También se abordaron las repercusiones de los campos de concentración en los hijos de los deportados y se observaron en ellos alteraciones graves de la conducta⁶⁷.

La gran morbilidad psiquiátrica registrada durante la Segunda Guerra Mundial suscitó un renovado interés por los estos trastornos. Las estructuras del viejo continente habían resultado muy afectadas por los graves acontecimientos vividos (guerra, deportaciones, persecuciones ideológicas o raciales y una larga serie de calamidades). Los países europeos tuvieron que acometer urgentes tareas de reconstrucción y resolver las demandas de reparación suscitadas por las víctimas, agravadas por las pésimas condiciones de vida que se impusieron durante este periodo. El área de influencia social, económica y científica se desplazó hacia Estados Unidos, mucho menos afectado territorialmente por la guerra y el gran vencedor fáctico de la misma. En este ambiente surgió la necesidad de programas de tratamiento y rehabilitación de las secuelas psíquicas de los veteranos de guerra. Por otra parte, desde mediados de la década de los 40 a mediados de la década de los años 50, dentro del predominio de la psiquiatría americana, se produjo una notable

dicotomía entre las orientaciones psicológica y biológica. En la psiquiatría americana se impusieron las tesis psicoanalíticas que fueron evolucionando hacia diversas áreas. Respecto a este tipo de Trastornos, los autores tomaron el término “*trauma*” del psicoanálisis clásico y le aplicaron el significado de “ruptura de las defensas” provocadas por los estímulos (externos o internos), que producirían una incapacidad temporal del “Yo”. Unos autores se centrarían en los estímulos (características, especificidad) y, los más, en las capacidades del “Yo” para mantener sus defensas. La perspectiva biológica se vio reforzada por el desarrollo de una metodología científico positiva para la investigación. Además, el conductismo de Watson, influyó en el desarrollo de una metodología basada en la investigación sobre animales de laboratorio. En este periodo de postguerra, como en otros anteriores, el devenir psiquiátrico de estos trastornos difirió en función de las distintas áreas de influencia geográficas y de los diferentes enfoques así;

- 1) En el área de influencia alemana destacaron las aportaciones de la metodología fenomenológica de Husserl y de Dilthey aplicada a la clínica, que elaboró un constructo bastante definido desde el punto de vista psicopatológico, sobre todo a partir de la obra de **Karl Jaspers** (1883-1969) y de **Kurt Schneider** (1887-1967): Los trastornos psicorreactivos se consideraron como “*reacciones anormales frente a vivencias, que en algunos casos podían organizarse crónicamente en forma de desarrollos reactivos*”. El término “vivencia” comenzó a usarse en alemán hacia 1870, para designar: “*experiencias psíquicas vividas con cierta intensidad que dejan una huella activa en la vida psíquica*”. En la vivencia se distinguían: intensidad, carga afectiva, la persistencia y el significado. El impacto de la vivencia sobre la vida psíquica se incrementaba a medida que se elevaba el grado de todos y cada uno de dichos factores. A toda vivencia que ejercía sobre la vida psíquica del sujeto un impacto desastroso o muy perturbador se le llamó “*trauma psíquico*” (término derivado del griego “*trauma*”, que significa “*herida*” y en sentido figurado “*desastre o fracaso*”). En tanto que la intensidad, la carga afectiva y la persistencia tenían valencias objetivas, el significado de la vivencia -factor al que en definitiva se subordinan los demás- dependía de la biografía del sujeto. Un acontecimiento resultaba traumatizante porque significaba algo especial para aquella persona. El mismo acontecimiento podía ser muy traumático para una persona y no serlo para otra. Para Jaspers⁶⁸, estas reacciones se caracterizaban por los siguientes elementos: a) Existía una estrecha relación temporal entre el motivo

y la reacción, b) Existía una relación comprensible entre el contenido de las vivencias y el de la reacción y c) Al cesar el motivo desaparecía también la reacción vivencial (carácter pasajero). También podía producirse, por la relación entre vivencia y personalidad, un desarrollo anormal que va más allá de una reacción pasajera. En este caso, la repetición y sumación de las vivencias, permitía que los contenidos pudieran seguir actuando indefinidamente. Jaspers clasificaba los estados reactivos de acuerdo a tres ejes principales: motivos, estructura psíquica y tipo de constitución determinante. Y destacaba la repercusión anormal de las vivencias anteriores que habían sido experimentadas intensamente y que reaparecían como reacciones vivenciales ante estímulos mínimos, que se encontraban en la misma dirección vivencial o que la recordaban. A veces se podían reactivar, incluso con experiencias afectivas cuya relación con la vivencia originaria era difícil de comprender. Sería como el desarrollo, por parte del sujeto, de determinados “hábitos de reacción” (“formas de reacción adquiridas”), difíciles de superar. Estos hábitos podían llevar a conductas de “evitación” (de situaciones que recordaran a la vivencia) o a “compensaciones sintomáticas” (agotamiento y apatía para evitar emociones coléricas o pensamientos con carga sentimental centrándose en superficialidades). Kurt Schneider⁶⁹ observó, en relación a los criterios de Jaspers, que no debían tomarse en un sentido excesivamente estricto y excluyente, pues ocurría a veces que el contenido de la reacción no coincidía con el de la vivencia originaria y otras, que el curso de una reacción no siempre marchaba paralelo a la vivencia que la motivó. No siempre se reaccionaba de la misma manera al recordar un hecho determinado, mucho más en el caso de vivencias que quedaban bastante lejos en el tiempo. Con frecuencia, una experiencia dolorosa podía actualizarse de forma intermitente (unas veces, pero no siempre), ante determinados estímulos. Serían reacciones vivenciales “discontinuas” o intermitentes. Toda esta concepción alemana contrastaba con las actitudes de rechazo hacia todo lo “neurótico” y potencialmente indemnizable, determinadas en gran parte por factores ideológicos y socioculturales.

- 2) En el área de influencia francesa se prestó atención a las descripciones clínicas y a la organización de los trastornos psicorreactivos atendiendo a su diversidad, expresión clínica, circunstancias de aparición y modalidades terapéuticas. En el aspecto pericial, al igual que ocurrió en el área alemana, también se adoleció de fal-

ta de rigor científico y del predominio de las ideologías sobre otros factores más técnicos.

- 3) En Estados Unidos también existió una gran preocupación social por los veteranos afectados por las circunstancias de la guerra, lo que motivó la aparición de la categoría “*Grave reacción de estrés*” en la primera edición del DSM (DSM-I, de 1952) y el desarrollo de programas de tratamiento y rehabilitación.
- 4) El psicoanálisis prevaleció en Estados Unidos, en donde autores como el ya mencionado A. Kardiner, **Otto Fenichel** (1897-1946) y otros, destacaron aspectos significativos de las neurosis traumáticas como la inespecificidad del trauma psíquico y la importancia de los factores de predisposición neurótica. Consideraban a los síntomas como un fracaso adaptativo del Yo, que tenía que recurrir a procedimientos de control arcaico y regresivo: la descarga emocional, los síntomas de bloqueo e inhibición y la repetición traumática.
- 5) Desde el punto de vista biológico, se fue imponiendo la teoría del estrés, a partir de su introducción en medicina por **Walter B. Cannon** (1871-1945) y del establecimiento de sus relaciones con la homeostasis (Ilustración 14). **Hans Selye** (1907-1982), en 1936, publicó la descripción básica del “*síndrome general de adaptación*”, como un conjunto coordinado de respuestas fisiológicas del organismo ante un estímulo inespecífico nocivo que se caracterizaba por tres etapas consecutivas (Ilustración 15). A diferencia de Cannon, Selye utilizó el término estrés para designar a la respuesta, y no al estímulo causante de la misma (concepción actual). El concepto de estrés orientó hacia importantes aspectos, tales como los recursos necesarios para el afrontamiento, su costo (agotamiento, enfermedad etc) y sus beneficios (aumento de la competencia y el gozo por el triunfo frente a la adversidad etc). La formulación dinámica del estrés también dirigió la atención hacia la relación entre el entorno y el organismo, la interacción y el feedback.



ILUSTRACIÓN 14. W.B. CANNON.

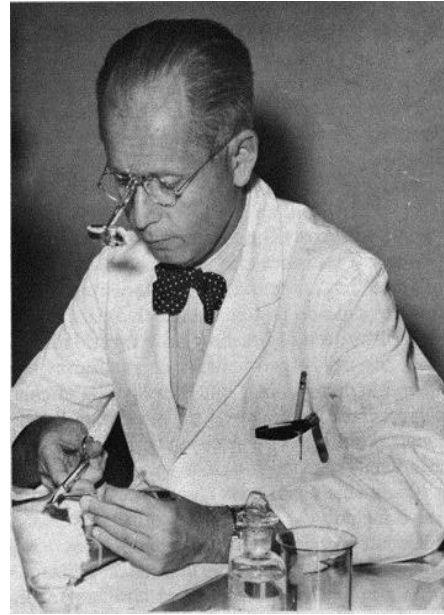


ILUSTRACIÓN 15. H. SELYE.

Las aplicaciones del estrés fueron evolucionando bastante en relación a las proposiciones iniciales de Selye, de tal manera que, y sobre todo, se fue incrementando la importancia de los factores psicológicos. El espectro de los “*estresores*” o “*agentes de estrés*” se amplió de los traumas excepcionales a los acontecimientos significativos para la vida del sujeto (**Thomas Holmes y Richard Rahe**), llegando al estrés crónico (o mantenido) suscitado por los acontecimientos diarios. El esquema fisiopatológico mecanicista de la respuesta al estrés, se modificó por la incorporación de la dimensión subjetiva, proporcionada por el sentido que los acontecimientos tenían para el sujeto que los experimentaba. Se prestó especial atención a las estrategias de “*coping*” (afrontamiento) del estrés que toma en cuenta las peculiaridades subjetivas de la respuesta al acontecimiento y de sus componentes, tanto en el plano psicológico como fisiológico. Surgieron diferentes modelos de estrés: “*Modelo de interacciones*” (**Lazarus**, 1966), “*Modelos transaccionales*” (**Cos, Mackay**, 1978), “*Modelos cognitivistas*” (**Ursin**, 1980). Estos sucesivos modelos aportaron hipótesis explicativas, así como propuestas terapéuticas, preventivas y rehabilitadoras. La psicopatología de estos trastornos se acabó representando por los modelos del estrés que han llegado hasta la actualidad y que han sido tomados como referencia en este trabajo. Este esquema metodológico y doctrinal consideró al sujeto como una especie de “*caja negra*”, en la cual, cada autor correspondiente fue introduciendo aquellos aspectos que le interesaban: la historia personal, los mecanismos de defensa en sentido

psicodinámico, las estrategias de afrontamiento, la predisposición, los esquemas cognitivos del “yo” y del “mundo”, factores de situación, memoria, aprendizaje y otros. Un acontecimiento era considerado un estresor más potente que los habituales, por sus características propias o debido a cualquiera de los otros factores introducidos en la “*caja negra personal de cada individuo*”⁷⁰. Los efectos del estrés se podían manifestar en forma de: a) Alteraciones psicosomáticas (“*enfermedades de adaptación*”, “*enfermedades psicosomáticas*”) cuyos mecanismos se fueron conociendo cada día mejor, b) Trastornos afectivos, de ansiedad y de la conducta. En ellos el estresor intervenía como factor desencadenante, en íntima relación con el entorno psicosocial. Estos cuadros se encontrarían más cercanos a los agentes del estrés menos intensos y mas cotidianos y c) Trastornos o síndromes específicos. Se refería a las manifestaciones del estrés que han dado lugar a numerosas descripciones, relativamente, específicas o ligadas a situaciones determinadas: guerra, confinamiento, deportación, tortura, catástrofes naturales, tecnológicas o accidentales, violencia física y/o sexual. La singularidad de estos acontecimientos llevó a considerar, de una parte, los factores derivados del traumatismo y por otra al sujeto paciente que lo percibía subjetivamente y sufría por ello un gran impacto emocional. En este periodo histórico ya se observaba un predominio definitivo de la psiquiatría de lengua inglesa, sobre la psiquiatría centroeuropea. Los cambios de tendencia fueron, en parte, condicionados por las diferentes crisis que afectaron a Norte América y, secundariamente, a los demás. En el orden socioeconómico el surgimiento del neo-capitalismo y la ideología del Estado benefactor (“*Estado del bienestar*”), así como el neocolonialismo subsiguiente tuvieron una considerable importancia. En este marco se fue produciendo: 1º) Una actitud inicial de rechazo de lo traumático, que llevó a suprimir en el DSM-II de la APA de 1968, la categoría de “*Grave reacción de estrés*”, unida a una confianza exagerada en la Psiquiatría social y comunitaria, y 2º) Este periodo fue seguido, en la década de los 70 y a raíz de la guerra del Vietnam, de un cambio de actitud con una mayor sensibilización social hacia todo lo psicorreactivo y hacia la reparación de las víctimas que la sociedad no podía evitar. Ello llevaría a incluir en la nomenclatura oficial (DSM-III de la APA) de 1980, la categoría diagnóstica del “*Trastorno de estrés postraumático*” y a generar una copiosa investigación sobre el tema.

A continuación, y para finalizar, se van a repasar algunos de los conflictos bélicos y situaciones afines más recientes. Alguno de ellos como la Guerra del Vietnam tuvieron,

aparte del mencionado impacto social, una enorme influencia en el desarrollo conceptual de los trastornos psiquiátricos reactivos;

- 1) *La Primera Guerra de Indochina* se inició a partir de los movimientos independentistas de Camboya, Laos y sobre todo Vietnam, surgidos hacia 1946 y que se prolongaron durante casi 8 años, hasta la derrota francesa en la batalla de Dien Bien Phu (1954) y la división de Vietnam. Los daños fueron incalculables. Los trabajos de los psiquiatras militares franceses, se centraron sobre todo en los aspectos clínico-descriptivos mostrándose reticentes a las concepciones psicoanalíticas. El capítulo "*Psiquiatría en tiempo de guerra*" de la Psiquiatría militar de **Juillet** y **Moutin** fue muy ilustrativo al respecto⁷¹. Desde el punto de vista terapéutico destacaba el interés por conseguir la abreacción rápida del trauma, incluso recurriendo al narcoanálisis y al narcoanálisis anfetamínico. Uno de los principales autores de referencia fue **Louis Crocq** (n. en 1928). Este autor, partiendo de Fenichel, se fue alejando del psicoanálisis para contemplar el fenómeno traumático en toda su diversidad, expresión, circunstancias de aparición y modalidades terapéuticas. Crocq publicó en 1974, el artículo "*Stress et névrose traumatique*"⁷², donde organizó la clínica de la neurosis traumática alrededor de 3 ejes principales: 1. Los síntomas específicos, que estaban en relación directa con el trauma y que constituían una "*triada patognomónica*", a) "*La reacción de sobresalto*": respuesta tardía e inadaptada al trauma. b) "*El bloqueo de las funciones del Yo*": "*repliegue perceptivo*", perpetuando el "*efecto de sideración*" y c) "*El síndrome de repetición*": intento de "*ligar*" y "*abreaccionar*" la escena traumática. 2. A estos síntomas específicos se añadían los "*síntomas de superestructura*", psiconeuróticos, caracteriales o psicosomáticos, que podían ser importados del entorno o surgir de las experiencias infantiles o de los componentes dominantes de su personalidad. 3. Por último las alteraciones de la personalidad. El funcionamiento de la personalidad se perturbaba y se encontraba una mezcla de actitudes de dependencia pasiva con exigencias de rehabilitación. Las modalidades de esta regresión dependían de múltiples factores: del desarrollo afectivo infantil, la naturaleza y violencia del traumatismo, los conflictos sociales y morales ligados a este traumatismo y los conflictos antiguos que había hecho resurgir. En relación a la hipótesis de la "*predisposición personal*" a los cuadros postraumáticos, no señalada anteriormente por una mayoría de psiquiatras mili-

tares franceses, recogió la posición de Fenichel. De esta forma, salvo que el sujeto estuviera agotado por la fatiga y el combate o dominado por los recuerdos traumáticos antiguos, disponía de fuerzas necesarias para “ligar” y “abreaccionar” el trauma. **Sargant y Slater**, en 1950, en el Primer Congreso Mundial de Psiquiatría de París, habían afirmado que nadie podía resultar indemne (“*nadie es inmune*”) ante un traumatismo particularmente violento. Sin embargo Crocq, en 1985, se propuso “*rehabilitar el acontecimiento*” frente a la hipótesis de la “*neurosis latente previa*” y “*concebir su poder ni como pura causalidad exterior ni como factor ocasional o revelador, sino como una experiencia vivida con intensa perturbación, que desorganiza la personalidad, haciéndola ceder a sus propias potencialidades mórbidas, dando cuerpo a ciertas fases posibles y paso a otras, confirmando ciertas verdades hasta el presente subsidiarias e informando otras significaciones desproporcionadas irrisorias... la patogénesis se expresa no solamente en términos de causalidad energética sino también en termino de sentido, y estamos conducidos a «rehabilitar el evento» no solamente por la potencia abusiva con que desarrolla las neurosis traumáticas, sino también en la libertad que ocasiona a cada día de la vida*”^{73, 74}. Más recientemente todavía, el autor acentuó que “*todo el poder patógeno del acontecimiento traumático, no reside únicamente en las características de éste acontecimiento*” (ni en una eventual predisposición), señalando que, “*todos los sujetos que han podido beneficiarse ya de una posibilidad de acción o de verbalización o de mentalización en el momento del trauma, o ya sea de una abreacción precoz inmediatamente después, han sido protegidos contra la instalación de una neurosis ulterior*”. La primera parte de la proposición, nos recuerda el lugar del fantasma en la neurosis traumática. La segunda, fue desarrollada por el autor a partir de su experiencia con el narcoanálisis anfetamínico, y estableció un puente entre los “*trastornos psíquicos agudos*” y “*los trastornos psíquicos diferidos*”⁷⁵. Los resultados del narcoanálisis anfetamínico (en la época en que era practicado por el autor y otros colegas militares) le llevó a considerarlo como un buen tratamiento de los trastornos psíquicos agudos, que están ligados, sensu estricto, a un “*trauma*”, o como se diría hoy en día, a un estresor o a un “*acontecimiento de la vida más o menos excepcional*” (cuadro reactivo). Este método era eficaz no solamente a causa de su efecto “*abreactivo*” o “*catártico*”, sino también, por-

que ofrecía posibilidades de elaboración del acontecimiento, sobre todo si éste era reciente. Y también porque la inducción química de la palabra, en gran proximidad con el terapeuta, actuaba como una psicoterapia breve, focalizada sobre los trastornos inducidos por el traumatismo. Por si fuera poco, Crocq llegó en su día a afirmar que una "curación" obtenida bajo narcoanálisis reducía las probabilidades de aparición de trastornos diferidos, lo que de hecho constituía una profilaxis para la neurosis traumática, aspecto que no ha sido suficientemente probado⁷⁶.

- 2) *La guerra de Corea* (1950 - 1953), se inició con la invasión de Corea de Sur por las tropas comunistas de Corea del Norte, que solicitaron ayuda a la ONU, con lo que el conflicto se hizo internacional. Participaron 19 países y produjo 4 millones de bajas, entre muertos y heridos, aparte del daño económico y social correspondiente. La tasa de bajas psiquiátricas registradas en el Ejército Americano fueron del 75 por 1.000 efectivos y año en la zona de combate. Se aplicaron los principios aprendidos durante la Segunda Guerra Mundial y ello permitió una disminución considerable de las tasas de evacuaciones e ingresos psiquiátricos⁷⁷. El diagnóstico más frecuente fue el de "*fatiga de combate*" ("*combat fatigue*") y se consideraron como factores determinantes el agotamiento y la falta de sueño. También se revisaría el problema de la "predisposición" y se encontró que, el 52% de los sujetos que habían sido diagnosticados de fatiga de combate, habían presentado trastornos previamente, en tanto que el 48% no habían tenido ningún tipo de trastorno emocional antes de incorporarse al servicio militar^{78, 79}.
- 3) *La Guerra de Vietnam* (1959 - 1975), se desarrolló como una secuela de la referida guerra de Indochina. En 1959, las guerrillas comunistas (el llamado Vietcong), apoyadas por Vietnam del Norte, empezaron a realizar sabotajes y ataques guerrilleros para derrocar al gobierno survietnamita. En 1960 Vietnam del Norte inicia una participación más activa, lo que desembocó en una guerra que pronto se convirtió en un conflicto internacional, cuando Estados Unidos y otros 40 países más apoyaron a Vietnam del Sur, mientras que la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) y la República Popular China lo hicieron a Vietnam del Norte y al Vietcong. El conflicto también afectó a Laos y a Camboya. A partir de 1961 comenzaron a llegar los contingentes estadounidenses.

La escalada de la guerra aumentó en 1964 y en 1965, cuando aviones estadounidenses iniciaron sus bombardeos regulares sobre Vietnam del Norte. La presencia militar estadounidense fue creciendo en Vietnam progresivamente hasta 1969, en que llegó a tener destinados unos 541.000 soldados. La prolongación del conflicto y el balance, en pérdidas humanas y en costes económicos, crearon un sentimiento de repulsa en gran parte de la opinión pública de Estados Unidos que pedía el fin de la guerra. Se desarrollaron movimientos pacifistas que cobraron gran auge y organizaron en las grandes ciudades marchas y manifestaciones de protesta contra la guerra. La divulgación de las atrocidades cometidas por tropas estadounidenses en Vietnam aceleró el desarrollo del movimiento pacifista. A inicios de la primavera de 1968, el gobierno estadounidense presionado por la opinión pública, llegó a la conclusión de que la guerra no se podía ganar. A partir de 1969 se inició la retirada de las tropas estadounidenses. A finales de marzo de 1973 ya se habían retirado todas las tropas estadounidenses. En 1975, la República de Vietnam del Sur se rindió incondicionalmente al Gobierno Revolucionario Provisional. Vietnam proclamó su reunificación el 2 de julio de 1976 con el nombre de República Socialista de Vietnam. La guerra de Vietnam marcó un punto de inflexión en la historia militar convencional, tanto por la amplitud del combate guerrillero como por el creciente uso de los helicópteros, los cuales proporcionaron una gran movilidad en terrenos difíciles (Ilustración 16). La guerra de Vietnam fue esencialmente una guerra del pueblo. Los miembros del Vietcong no eran fácilmente distinguibles de la población no combatiente y, además, la mayor parte de la población civil fue movilizadada para algún tipo de participación activa. El amplio uso que hizo Estados Unidos del napalm (compuesto de ácidos de nafta y palmíticos), que mutiló y mató a miles de civiles y el empleo de defoliantes, utilizados para eliminar la cobertura vegetal, devastó el medio ambiente de un país esencialmente agrícola. Como resultado de ocho años de utilización de estas tácticas bélicas, se estima que murieron más de dos millones de vietnamitas, tres millones fueron heridos y cientos de miles de niños quedaron huérfanos. Se ha calculado la población refugiada en 12 millones de personas. Entre abril de 1975 y julio de 1982, aproximadamente 1.218.000 refugiados fueron asentados en más de 16 países. Otros 500.000, los llamados “*boat people*”, intentaron huir de Vietnam por mar, aunque según

ciertas estimaciones, murió entre el 10 y 15% de éstos y los que sobrevivieron se enfrentaron más tarde con las trabas y cuotas de inmigración, incluso en aquellos países que habían aceptado acogerlos. En la guerra de Vietnam murieron 57.685 estadounidenses y unos 153.303 fueron heridos. En el momento del acuerdo de alto el fuego había 587 prisioneros de guerra entre militares y civiles. Todos ellos fueron posteriormente liberados. Una estimación actualizada no oficial calcula que todavía quedan unos 2.500 desaparecidos. Desde el punto de vista de la historia de la psiquiatría militar, constituye el punto de partida para la investigación actual sobre los trastornos psicorreactivos. Este conflicto bélico generó una copiosa bibliografía en la que se apreciaba de forma muy relevante el "*espíritu de una época*", la influencia del contexto socio-político y las diferentes corrientes ideológicas, así como de otros fenómenos más sutiles como la culpabilidad de toda una colectividad, que determinaron diferentes formas o maneras de apreciar y valorar los trastornos psicorreactivos de guerra y sus secuelas, así como de la reparación de las víctimas⁸⁰. Se pueden distinguir cuatro etapas sucesivas en este conflicto: 1) En una primera etapa, sobre el precedente de la Guerra de Corea, se aplicaron los principios aprendidos durante la Segunda Guerra Mundial, con una considerable disminución de las bajas psiquiátricas. Esto fue considerado como un notable éxito por los Servicios de Sanidad del Ejército Americano que había tomado en cuenta todas las enseñanzas de los conflictos precedentes. En este período, la tasa de "*bajas psiquiátricas*" fue particularmente baja, aunque las estimaciones no siempre concuerdan, oscilando entre el 5%⁸¹ y el 12,6%⁸². Eran inferiores, de todos modos, a las evaluaciones efectuadas durante la Segunda Guerra Mundial que habían llegado a tasas entre el 10% y el 15%. 2) En una segunda etapa, a partir de 1971, la situación cambió de forma ostensible. El uso de drogas, los trastornos de conducta y los cuadros depresivos se multiplicaron, incluso cuando las operaciones habían disminuido en intensidad. Por otra parte, la actitud hostil de la opinión pública hacia dificultó el restablecimiento de los veteranos más afectados⁸³. 3) La tercera etapa se caracterizó por la importancia, tanto numérica como por su gravedad, de las secuelas psiquiátricas tardías, aparecidas en los antiguos combatientes. Así se disparó el número de suicidios, actos de delincuencia, violencias y crímenes, entre los antiguos veteranos unido al desconocimiento de los servicios sanitarios so-

bre este tipo de trastornos^{84, 85, 86, 87}. En 1976, la “*Veterans Administration*” comenzó a evaluar las necesidades sanitarias que planteaban estos colectivos y en 1979 se instauró un “*National Veteran Outreach Program*”. Este fenómeno, junto a la preocupación por la rehabilitación y la reparación de los afectados, fue determinante para la inclusión en la 3ª Edición del DSM (DSM-III de 1980) de la categoría nosológica: *Trastorno de estrés postraumático* (“Posttraumatic Stress Disorder”). La descripción que apareció en el DSM -III fue aprobada por numerosos autores, al menos como apropiada al conjunto de síntomas encontrados en muchos veteranos que hasta entonces habían sido ignorados⁸⁸. Paralelamente a la aparición de la DSM-III, discurrió un periodo en el cual la influencia de los acontecimientos traumáticos vividos por los veteranos excluía cualquier otro factor que permita explicar estos trastornos. Evocar entonces una vulnerabilidad en los sujetos afectados habría sido censurar al soldado más que a la guerra⁸⁹. El resultado fue el de una sobrevaloración estadística de este tipo de diagnóstico, que llevó desde el 20%, hasta el 39% en 1979, después de sucesivas revisiones al alza. En la última etapa, el clima afectivo social sobre este problema se fue atenuando. Así en las estimaciones realizadas unos 19 años, como promedio después de la guerra, la prevalencia en un momento dado del trastorno de estrés postraumático entre los veteranos fue evaluada entre el 15,2% y el 16,8%^{90, 91}. Entre los veteranos heridos, la cifra llegó al 30%^{92, 93}. Para los sujetos que habían servido en las zonas del teatro de operaciones y expuestos a estrés de guerra de nivel elevado, la prevalencia era del 38,5% en los hombres, mientras que para las mujeres era del 17,5%. Los estudios recientes sobre los veteranos del Vietnam han permitido matizar ciertos estereotipos, en particular los que conciernen a las conductas toxicómanas, alcohólicas y comportamientos violentos. Las investigaciones han mostrado que el 40% de los sujetos que parecían bien adaptados sufrían trastorno de estrés postraumático⁹⁴. Por el contrario, en un gran número de sujetos que presentaban comportamientos desviados después de su retorno civil, se habían encontrado antecedentes del mismo tipo antes de su partida, motivados, a veces por ellos mismos. También se comprobaría que, aquellos individuos que habían presentado una violencia y una brutalidad inútiles en las acciones militares, con frecuencia tenían arrestos previos. Estos comportamientos no estaban directamente ligados al estrés del combate ni a la

muerte de un camarada y se observaban por otra parte con frecuencia entre las tropas de apoyo o de no combate⁹⁵.



ILUSTRACIÓN 16. LA GUERRA DE VIETNAM FUE DETERMINANTE EN EL ESTUDIO DE LOS TPR.

- 4) En la *Guerra del Yon Kipur* el ataque por sorpresa, realizado simultáneamente por Egipto y Siria, sobre posiciones israelitas en la festividad judía del “*Yon Kipur*” en 1973 constituye, junto a la guerra de Vietnam, uno de los conflictos bélicos más estudiados desde el punto de vista de la psiquiatría militar⁹⁶. Fue un conflicto intenso, de breve duración (apenas tres semanas), que produjo alrededor de un 30% de bajas psiquiátricas (900 bajas psiquiátricas sobre un total de 1500 evacuaciones). La primera conclusión que deparó la observación de este conflicto fue que, en caso de un ataque violento e imprevisto son previsibles numerosas bajas por trastornos psicorreactivos⁹⁷. Desde el punto de vista clínico, los principales síntomas observados fueron⁹⁸: ansiedad generalizada (a menudo a punto del estupor), depresión, irritabilidad, nerviosismo y reacción de sobresalto (a menudo con reacciones agresivas ante mínimos estímulos), alteraciones del sueño con insomnio, pesadillas y sueños de guerra, confusión y alteraciones de la concentración y memoria, disminución de la libido y/o impotencia sexual, anorexia, cefaleas, dolores torácicos o vertebrales, síntomas psico-

somáticos, estados disociativos y otras alteraciones de conciencia, algunas con agresividad, alucinaciones y pseudoalucinaciones y amnesia posterior, temblores y otras alteraciones vegetativas, pasividad y comportamiento infantil (a menudo con enuresis, conversiones y amnesia), dificultades de adaptación social y laboral y fobias sin representación simbólica, como miedo difuso. Llamó la atención que esta guerra vio reaparecer los cuadros disociativos (confusooníricos), estuporosos y de consideración psiquiátrica que se produjeron en la Primera Guerra Mundial. Desde el punto de vista nosológico, la actitud de los psiquiatras militares judíos coincidía con la de los anglosajones en el sentido de evitar los diagnósticos psiquiátricos que pudieran limitar la recuperación de los afectados. Así se distinguieron: 1) La "*Reacción de Estrés al combate*" como el estado psicopatológico del sujeto que se sigue a una situación de estrés intenso, ya sea real o imaginado por el mismo. Solía darse, sobre todo, al comienzo de las hostilidades y 2) El "*Agotamiento de combate*" que aparecía como resultado de un estrés continuo y de una actividad mantenida, prolongada durante más de 72 horas. Este estado se consideraba menos grave que el anterior, porque la experiencia demostraba que respondía mejor al tratamiento. Estos diagnósticos desde luego estaban basados más sobre criterios etiopatogenéticos que sobre los clínicos. La terapéutica aplicaba los procedimientos terapéuticos enunciados por Salmon a raíz de la Segunda Guerra Mundial y se prestó atención especial al principio de la "*simplicidad*" en los métodos y actuaciones terapéuticas. Resultaban bastante eficaces medidas muy sencillas como situar al sujeto al abrigo del fuego enemigo, dejarle descansar, así como facilitarle alimento y bebida^{99,100}.

- 5) La *Guerra del Líbano* de 1982 se produjo en condiciones más óptimas para el Ejército de Israel, mejor preparado, y que eligió el momento más oportuno para su desencadenamiento. Por ello, el número de bajas psiquiátricas descendió al 2 %¹⁰¹. No obstante, en esa guerra se desencadenó una situación de conflicto, hasta entonces inédita en Israel. Por primera vez la población se planteaba intensas dudas ideológicas sobre la necesidad o no de la misma. La clínica preponderante en este conflicto, comenzó a recordar a la que se observaba en el conflicto de Vietnam; la apatía y la fatiga eran los síntomas más destacados ("*agotamiento o fatiga de combate*"). Se observó también una tendencia a la cronificación de los

trastornos psicorreactivos con tasas de evolución a la cronicidad que oscilaban entre el 56% y el 75%^{102, 103, 104}. El desarrollo de los conceptos teóricos llevó a distinguir entre los conceptos de “*trauma*” y “*estrés*” que hoy día dan nombre a estos trastornos en la DSM-5: El “*trauma*” era considerado como un momento puntual y casual en que todos los planos estructurales que forman parte de la personalidad, sucumben ante la potencialidad intrusiva de un estímulo, que hasta ese momento representaba una amenaza catastrófica. No era la cualidad del estímulo lo que lo transformaba en traumático, sino la especial combinación, idiosincrásica para cada individuo, entre la cantidad, cualidad y significación de la amenaza, así como el momento en que ocurre, el estado físico y psíquico en que se encontraba el individuo, su historia personal y su realidad actual. El “*estrés*”, por el contrario, era un estado de tensión defensivo con características reorganizativas que, al llegar a un nivel también idiosincrásico para cada individuo, comenzaba a manifestarse en una serie de síntomas físicos y psíquicos. En el ejército libanés los primeros datos mostraban una baja tasa de bajas psiquiátricas con apenas un 3,4 % de trastornos de estrés postraumático, un 9,5 % de cuadros histéricos y un 3% de toxicomanías. Sin embargo, un estudio realizado en 1992, es decir bastante después del cese de las hostilidades, no permite obtener resultados tan optimistas. Sobre una muestra de 100 personas, civiles y militares, extraídas al azar entre sujetos que habían sufrido un traumatismo de guerra, se estableció en un 31% la proporción de neurosis traumáticas en el conjunto de la población estudiada y en un 56% en el subgrupo de civiles¹⁰⁵.

- 6) En la *Guerra de las Malvinas*, un trabajo realizado sobre veteranos de la, también llamada guerra de las “*Falklands*”, encontró que el 22% de los soldados que habían participado en las operaciones, y sin que previamente hubieran manifestado quejas o consultas psiquiátricas, presentaban síntomas del trastorno de estrés postraumático¹⁰⁶. Se ha planteado incluso que estos trastornos fueran posiblemente subestimados, por haberse producido a distancia de los acontecimientos y, sobre todo, por la reticencia de los sujetos a consultar sobre ellos.
- 7) En la *Guerra de Afganistán*, desde diciembre de 1979 hasta febrero de 1989, las tropas soviéticas ocuparon Afganistán con cerca de un millón de hombres, de los cuales 675.000 participarían directamente en los combates, con un saldo de 14.434 muertos y 50.000 heridos. La retirada de las fuerzas soviéticas coin-

cedió con la política de apertura y una mayor disponibilidad de información. El papel patógeno de las actitudes sociales negativas (incomprensión de las autoridades y desaprobación de la opinión pública) fue tan relevante como en el caso del Vietnam. Así se pudo conocer que el 35% de los veteranos de este conflicto padecieron graves trastornos mentales. Un estudio¹⁰⁷ realizado sobre una muestra de 195 sujetos pertenecientes a este grupo constataba: la frecuencia de manifestaciones neuróticas (81,3%), que un 29,3% de sujetos mostraban alteraciones del carácter (irritabilidad, agresividad, respuestas de sobresalto exageradas, crisis de angustia), que un 29% presentaban síntomas depresivos, expresaban temas relacionados con la patología de guerra: culpabilidad por la muerte de un camarada o por haber sido causa de la muerte de otras personas y que un 16,4% presentaban un trastorno de dependencia alcohólica. Los trabajos rusos no incluían los heridos físicos que eran tratados en otra parte. Aunque en la nosología soviética no figuraba la entidad trastorno por estrés postraumático, los diagnósticos realizados a partir de la nosografía soviética y comparada, a posteriori con los criterios DSM-III-R, permiten suponer una prevalencia aproximada para este trastorno del 17,4%¹⁰⁸.

- 8) En la *Guerra del Golfo* se dieron una serie de peculiaridades que configuraron un nuevo tipo de campaña: a) Por una parte se trató de una guerra de baja intensidad, con prolongados periodos de inactividad y espera incierta, que condicionó el llamado “*estrés de espera del combatiente*” surgido de la incertidumbre, de la sobreestimación del poder del enemigo y del temor a las armas químicas y nucleares. b) En segundo lugar las “*reacciones de estrés agudo*” que se constataron surgidas en las unidades bajo el fuego amigo (o aliado), aunque no fueron muy frecuentes. c) En tercer lugar, el “*estrés sufrido por las poblaciones civiles situadas en la retaguardia*”, concretamente en el Estado de Israel. Estas poblaciones sometidas a la amenaza de los bombardeos enemigos (misiles SKUD), de caída aleatoria e incierta, presentaron numerosos casos de ansiedad aguda y de trastornos funcionales cardiocirculatorios y digestivos¹⁰⁹ y d) Por último señalar el papel primordial de los medios de comunicación (“*componente mediático*”) en este conflicto (prensa, radio y televisión), susceptibles de crear un ambiente psicológico determinado (“*guerra psicológica*”), aumentando o disminuyendo el estrés de los combatientes y de las poblaciones expuestas. En este conflicto se

observó también que la sintomatología dependía de la naturaleza de las situaciones vividas por los combatientes. En el caso de la guerra del Golfo, se trataba sobre todo de atentados, de estacionamiento prolongado en el desierto y de las numerosas alertas ligadas a los impactos de los misiles SKUD irakíes.

9) *Las Misiones Humanitarias* se han multiplicado en los últimos años propiciadas por las instancias internacionales y representan un tipo de intervención esencialmente distinto de los anteriores (Ilustración 17). Son misiones exclusivamente defensivas, que implican para las fuerzas intervinientes un estado de forzada pasividad, en el cual se les suele impedir responder a las incitaciones y agresiones del entorno hostil. Los datos de los que se dispone son todavía fragmentarios, proceden de las tropas desplazadas en el área de los Balcanes y orientan hacia perfiles distintos de los anteriores: “*el síndrome de estrés del soldado de la ONU*” se caracteriza sobre todo por el temor a la pérdida del autocontrol, más que el temor a las amenazas externas. Las cifras de morbilidad son demasiado dispares para poder establecer conclusiones válidas. Posiblemente obedecen a la distinta importancia que se concede a este problema por los diferentes países intervinientes. Se encuentran cifras de morbilidad psiquiátrica tan distintas como el 0,8% del contingente nepalés, el 9,4% del contingente francés y el 39,6% del contingente noruego¹¹⁰.



ILUSTRACIÓN 17. LAS MISIONES SON INTERVENCIONES MILITARES MUY ESPECÍFICAS.

- 10) La *Guerra Nuclear*, aparte de sus graves efectos destructivos a corto, medio y largo plazo y de las numerosas víctimas físicas que produce, es considerada como símbolo del terror absoluto, profundamente desmoralizante que, además, añade un factor de incertidumbre acerca del futuro del individuo (lesiones posteriores: hemopatías, neoplasias, alteración de las funciones sexuales y reproductoras, así como teratogénesis)¹¹¹. **Robert J. Lifton** (n. en 1926), en un estudio sobre los supervivientes de Hiroshima¹¹², realizó uno de los aportes conceptuales básicos respecto al trauma. Propuso diez principios en la consideración del síndrome traumático: 1. Paradigma vida y muerte y la simbolización del self (los afectados experimentan ansiedades de muerte muy profundas). 2. El concepto de ser un sobreviviente (el afectado puede quedar atrapado en un embotamiento o sobrevivir puede ser una fuente de insight y crecimiento). 3. La necesidad de volver a pertenecer al género humano (conectar entre los que fueron y los que vendrán). 4. El estrés postraumático es una reacción adaptativa normal a una situación anormal. 5. La culpa y auto-acusación del superviviente (culpa por haber sobrevivido). 6. Sentimiento de impotencia y alteración de la autoimagen (disociación entre lo que pensaba que podía hacer y lo que realmente hizo). 7. Vitalidad emocional y fragmentación del self (entre sentir y no sentir). 8. Anestesia psíquica: discontinuidad del self (evitación de crear imágenes y formas). 9. Búsqueda del significado existencial. 10. El dilema moral en el trauma (negarse a morir – negarse a matar). 11. Transformación del self (necesidad de mantener la integridad de la persona).
- 11) La *Guerra Química* ocasiona un importante impacto psicológico que afecta sobre todo a la retaguardia, tanto para las poblaciones militares, como civiles, adquiriendo una verdadera dimensión de guerra psicológica¹¹³. Gases como el cloro, el gas lacrimógeno o el fosgeno (irritantes pulmonares) junto al gas mostaza (que provoca graves quemaduras) se utilizaron por primera vez durante la Primera Guerra Mundial. Al final de este periodo bélico la mayoría de las potencias europeas habían incorporado la guerra de gases a sus ejércitos. Alemania desarrolló gases nerviosos como el sarín, que puede causar parálisis o incluso la muerte. Durante la Segunda Guerra Mundial, a pesar de la disponibilidad de estos gases, solo se tiene noticia de su utilización por Japón durante la Campaña de China. Ensayos practicados en Estados Unidos con voluntarios, permitieron

evaluar los efectos del LSD25, y del gas mostaza, a propósito del cual durante la Segunda Guerra Mundial, se encontraron síntomas de Trastorno de estrés post-traumático en un 17% de los probandos. El factor más determinante fue el número de exposiciones al gas¹¹⁴. Después de la Segunda Guerra Mundial el conocimiento de la producción de gases tóxicos se hizo extensivo. Durante la Guerra del Vietnam, el amplio uso que hizo Estados Unidos del napalm mutiló y mató a miles de civiles. En este mismo conflicto el empleo de defoliantes (como el agente naranja), para eliminar la cobertura vegetal devastó considerablemente amplias zonas de la jungla y de la economía agraria vietnamita. También fueron utilizados agresivos psicofármacos temporales o reversibles¹¹⁵. Hasta la actualidad, gases lacrimógenos se han utilizado en conflictos limitados y por la policía para reprimir, por ejemplo, algunas manifestaciones. Aunque el empleo de gases más tóxicos ha sido condenado por la mayoría de los países y se han firmado protocolos para eliminarlas, diversas armas químicas han permanecido en distintos arsenales y se cuenta con evidencias de su utilización por Irak en la guerra con Irán (1980-1988), contra la población kurda de su territorio y más recientemente en el conflicto de Siria. Y es que se cuenta con el inconveniente de que la producción de agentes químicos letales no precisa una infraestructura industrial muy refinada, lo que los convierte en medios bélicos asequibles a países del Tercer Mundo o a grupos terroristas, como ocurrió en la década de 1990 en el metro de Tokyo.

- 12) En la *Guerra biológica* los agentes biológicos, como los químicos, tienen el riesgo de desempeñar un destacado papel en las futuras guerras de guerrillas y en las operaciones de sabotaje y desde el punto de vista psicopatológico son agentes susceptibles de crear un clima de angustia individual y colectiva. Un riesgo potencial lo pueden constituir los agentes neurotropos¹¹⁶.
- 13) La cautividad de los *prisioneros de guerra* ha sido una fuente importante de trastornos psicorreactivos de tipo crónico. Las cifras de prevalencia en los prisioneros de la Segunda Guerra Mundial oscilan, entre una prevalencia puntual del 47,6% y una prevalencia a lo largo de toda la vida del 66,4%. En estudios realizados, cuarenta años después de la cautividad, las cifras varían entre el 29% y el 27,1% de los que referían síntomas actuales y un 55,7% de afectados que habían tenido síntomas en alguna ocasión a lo largo de ese periodo. Los cuadros

podían ser permanentes en un 23,5% y de forma intermitente en el 62,2%. En conjunto todos los estudios sobre la patología de la cautividad ponen de manifiesto las fuertes tasas de trastorno de estrés postraumático¹¹⁷. **Ursano**¹¹⁸ señaló que, después de la repatriación de los prisioneros de guerra, los trastornos psíquicos más comunes eran los siguientes: 1. Trastornos médico-psiquiátricos secundarios a enfermedades, déficits nutricionales o traumas físicos. 2. Trastorno de estrés postraumático. 3. Trastornos adaptativos. 4. Trastornos depresivos. 5. Trastornos por ansiedad. 6. Trastornos por uso de sustancias. 7. Problemas familiares. Estos trastornos solían estar en relación a la gravedad de la situación de cautividad, los soportes sociales durante o después de la misma y la flexibilidad de la personalidad.

14) El *terrorismo* implica acciones llevadas a cabo por grupos no gubernamentales o por unidades secretas o irregulares, que operan fuera de los parámetros habituales de las guerras y cuyo objetivo es la propagación del pánico en la comunidad sobre la que se dirige la violencia. El terrorismo extremo busca la destabilización de un Estado causando el mayor caos posible, para posibilitar así una transformación radical del orden existente. Una modalidad del terrorismo también puede considerarse el ejercido por un Estado contra sus propios súbditos. El terrorismo ha aparecido una y otra vez a lo largo de la historia. Uno de los más trágicos ejemplos del terrorismo reciente en Europa lo constituye el protagonizado en España por la banda armada ETA con sus constantes atentados, secuestros, asesinatos y coacciones. El terrorismo es una de las manifestaciones de la violencia que más ha contribuido, en los últimos años, a sensibilizar a la opinión pública sobre la patología psicorreactiva, más allá de las contribuciones anteriores de la psiquiatría de guerra, especialmente desde que tuvo lugar el mayor atentado terrorista de la historia el 11-S (Ilustración 18). Las secuelas psicológicas de las víctimas de atentados son frecuentes así: a) el 33% de un grupo de civiles que viajaban en un autobús y sufrieron un ataque palestino, en 1989, presentaban síntomas de Trastorno de estrés postraumático¹¹⁹. b) En una revisión en Irlanda del Norte, sobre 499 víctimas de la violencia civil, se encontraron un 23% de los casos que cumplían criterios de Trastorno de estrés postraumático¹²⁰,¹²¹ y c) En Francia sobre una muestra de 254 sujetos víctimas de atentados, se encontró una tasa de Trastorno de estrés postraumático del 18,1%¹²². Las en-

cuestas epidemiológicas han permitido señalar la originalidad de la sintomatología de las víctimas de atentados. Contrariamente a la opinión de Freud, que sostenía que una lesión física protegía de la neurosis traumática, en estas víctimas, la gravedad de las secuelas físicas era proporcional a la importancia del daño psíquico: el 80 % de los heridos graves presentan un síndrome de repetición. Los trastornos fóbicos dominan el cuadro (de manera comprensible, sobre todo el temor de salir a "lugares públicos"), así como la depresión con autodepreciación y sentimiento de ser una carga para los demás. Se trata de una depresión persistente que el tiempo no atenúa¹²³. Otra característica clínica revelada por Crocq¹²⁴, es la importancia estadística de los "*trastornos psicósomáticos post-emocionales*": Hipertensión emocional, bocio, diabetes, úlceras gástricas, eczemas, urticaria y otras alteraciones. Por último merece la pena destacar que el atentado no es vivido como una fatalidad, porque incluso si se trata de violencia ciega las víctimas se sienten frecuentemente enfocados intencionalmente y experimentan un sentimiento de culpabilidad por haber estado presentes en el lugar del atentado. Este fenómeno no se encuentra en los afectados por las catástrofes naturales.



ILUSTRACIÓN 18. EL 11-S SE PRODUJO EL MAYOR ATENTADO TERRORISTA DE LA HISTORIA.

Por lo tanto se puede concluir que ha habido épocas históricas en que se ha prestado mucha atención a este tipo de trastornos, mientras que en otras han sido ocultados y hasta denostados. En estos momentos y, tanto en el ámbito civil como en el militar, nos vemos inundados por continuas demandas de “*relaciones causa-efecto*” entre un acontecimiento (en ocasiones de muy difícil objetivación como pueda ser un supuesto entorno laboral desagradable u hostil o las características-condiciones del destino militar) y un trastorno psiquiátrico, en una especie de intento de “*psiquiatrizar*” casi todos los asuntos mundanos. De hecho los diagnósticos de TAD, y sobre todo de TEPT, parecen especialmente diseñados para todas estas solicitudes, que encuentran en determinados marcos sociales como el actual de crisis económica, el mejor de los terrenos abonados. A esto habría que añadir, el más que probable “efecto llamada” que puedan ejercer determinadas políticas que, buscando generosamente la compensación de los personas afectadas por diferentes acontecimientos durante su trabajo, se convierten sin pretenderlo en generadoras de beneficios primarios y secundarios de primer orden.

ESTADO ACTUAL

Como se acaba de ver en los antecedentes históricos, en un contexto de preocupación y sensibilización crecientes hacia los **TPR**, surgió la denominación **TEPT** con ocasión de la vuelta de los soldados norteamericanos de la guerra del Vietnam. El término adquirió oficialidad al ser incluido en la tercera edición del DSM de la APA en el año 1980 (DSM-III). Cabe destacar que al tiempo que el DSM-III reconocía este cuadro se suprimía el de neurosis, en el que se habían incluido los diferentes TPR a lo largo de la historia (neurosis traumática, de guerra y otras). Posteriormente el TEPT fue asumido también por la CIE de la OMS. Este trastorno se define precisamente por su propia etiología, *“la amenaza o exposición a la muerte, a lesión grave o a violencia sexual ya sea directamente, siendo testigo de cómo le ocurrió a otros, al enterarse de que le ocurrió de forma accidental o violenta a un familiar cercano o a un amigo próximo o ser expuesto de forma extrema o reiterada a detalles repulsivos de suceso/s traumático/s”*¹, como pueda ser un atentado terrorista o un escenario bélico (Criterio A DSM-5). Y ello sin que necesariamente se tenga que acompañar de una reacción subjetiva de miedo, horror o impotencia como sucedía en el DSM-IV-TR, lo que significa por tanto que se le otorga más peso al acontecimiento que al significado subjetivo que pueda tener. Esto último constituye uno de los principales cambios del DSM-5 con respecto al anterior. Orienta al diagnóstico de TEPT el antecedente de exposición a un acontecimiento que cumpla el criterio A, junto con la presencia de síntomas específicos entre los que se encuentran síntomas intrusivos como son los recuerdos angustiosos recurrentes e involuntarios, los sueños angustiosos recurrentes, las reacciones disociativas y/o fisiológicas y el malestar psicológico intenso al exponerse a factores externos o internos que se parecen o simbolizan al factor traumático (Criterio B), evitación (Criterio C), alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo (Criterio D) y alteración importante de la alerta con reactividad asociada al suceso en cuestión (Criterio E). La duración de los síntomas del TEPT debe de ser como mínimo de 1 mes (Criterio F). Los síntomas del TEPT generalmente empiezan dentro de los primeros 3 meses tras la exposición a un factor traumático, si bien también pueden aparecer en varios meses o muchos años después (TEPT de expresión retardada según el DSM-5). Con mucha frecuencia (en la mitad de los sujetos que desarrollan un TEPT), tras entre 3 días y 1 mes pos-trauma (si bien en general la clínica suele comenzar inmediatamente), se desarrolla un Trastorno por Estrés Agudo (TEA) que es un cuadro semejante al

TEPT aunque con algunas leves diferencias. Entre éstas merece la pena destacar que no presentan exactamente los mismos factores de riesgo como cabría esperar. Este trastorno no se ha incluido en el estudio por cuanto se trata de un cuadro que no se ve, por su carácter efímero, más que en situaciones de urgencia y prácticamente nunca o casi nunca a nivel pericial. Los síntomas del TEPT y el predominio de alguno de ellos pueden variar con el paso del tiempo. La duración de éstos también varía, con una recuperación completa a los 3 meses de aproximadamente la mitad de los adultos, en tanto que otras personas permanecen sintomáticas durante más de 12 meses y a veces durante más de 50 años. Y puede aparecer, en cualquier momento de su evolución, una intensificación de los síntomas o una recurrencia en respuesta a nuevos acontecimientos traumáticos, a recuerdos del trauma original o a los estresores vitales. En las personas mayores, el deterioro de la salud, el empeoramiento de su función cognitiva y el aislamiento social pueden exacerbar los síntomas de un TEPT. Los individuos que continúan presentando un TEPT a edades mayores pueden expresar menos síntomas de hiperexcitación, de evitación, de cogniciones y de estado de ánimo negativo en comparación con los adultos más jóvenes con TEPT, aunque los adultos expuestos a eventos traumáticos en etapas más avanzadas de la vida pueden mostrar más evasión, hiperexcitación, problemas de sueño y ataques de llanto, que no se producen entre los adultos más jóvenes expuestos a los mismos eventos traumáticos. En las personas más mayores, el TEPT se asocia a una percepción negativa de la salud, a la utilización de la atención primaria y a la ideación autolítica¹.

En los casos en los que las secuelas de una experiencia devastadora se manifiestan incluso décadas después de la exposición y, aun habiendo sido precedido en muchos casos de un TEPT, con frecuencia se asiste a una **Transformación Persistente de la Personalidad tras experiencia catastrófica (TPP)**. Este diagnóstico figura sólo en la última edición de la CIE (CIE-10) y no en el DSM-5. En la CIE-10 se afirma que “*el acontecimiento debe ser tan extremo como para que no se requiera tener en cuenta la vulnerabilidad personal para explicar el profundo efecto sobre la personalidad*”¹⁰. Este diagnóstico no debería establecerse en los casos en los que la situación traumática es puntual sino, más bien, en los que la exposición es más prolongada. La clínica de la TPP es descrita como un conjunto de conductas maladaptativas, rígidamente establecidas, que conducen al sujeto a presentar discapacidades en sus funciones interpersonales, ocupacionales y sociales y como síntomas específicos del mismo se citan los sentimientos de vacío y desesperanza, la actitud generalizada de hostilidad hacia el mundo, la sensación de estar

perpetuamente bajo amenaza y el aislamiento social. La TPP es, hoy día, prácticamente asimilable a un TEPT y como tal va a ser tratada en este estudio.

Otros trastornos son reactivos a situaciones menos estresantes que se derivan de situaciones y conflictos a nivel personal, familiar, laboral o social de la vida cotidiana. Entre estos trastornos destacan los **Trastornos Adaptativos (TAD)** en los que *“un acontecimiento estresante sigue siendo un factor primario y primordial de tal manera que en su ausencia no se hubiera producido el mismo”*¹⁰. El TAD es un estado de malestar subjetivo, superior al esperable (desproporcionado) en relación a la intensidad-gravedad del agente estresante, acompañado de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un acontecimiento estresante no excepcional o a un cambio biográfico. Sus manifestaciones clínicas, que deben presentarse durante los 3 meses siguientes al inicio del acontecimiento y resolverse dentro de los 6 meses siguientes a su desaparición incluidas sus consecuencias, son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria. Si el factor estresante es un evento agudo el inicio de la alteración es por lo general inmediato (dentro de unos pocos días) y la duración relativamente breve (no más de unos pocos meses). Si el factor estresante o sus consecuencias persisten, el trastorno adaptativo podría continuar y se convertiría en la denominada forma persistente. Se debe diagnosticar TAD en lugar de TEPT, según el DSM-5, cuando el patrón de síntomas del TEPT se produce tras un factor de estrés que no cumple con el criterio A del TEPT. También se debe diagnosticar TAD cuando tras un factor traumático que cumple el criterio A del TEPT no se cumplen todos los demás criterios del TEPT. Merece la pena añadir^{125, 126} que, a pesar de su relevancia actual especialmente en el contexto laboral, y de la elevada prevalencia que se le atribuye como ya fue expuesto en los aspectos generales, no se han publicado más de 25 artículos específicos acerca de la validez de constructo de esta entidad en los últimos 25 años¹²⁷, ni parecen existir estudios longitudinales acerca de ella¹²⁸. Por otra parte es muy común entre los artículos que se puedan revisar encontrar afirmaciones en las que se indica la escasa precisión y validez de este diagnóstico^{129, 130, 131, 132}. A pesar de todo se sigue manteniendo en las clasificaciones internacionales, como en la más reciente DSM-5. Y desde su inclusión en las mismas se han convertido en un potencial y peligroso “cajón de sastre” con el que se pueden “psiquiatrizar” diferentes

conflictos humanos que, poco o nada tienen que ver, ni con la Medicina ni con la Psiquiatría.

Finalmente restarían unos trastornos que se pueden exacerbar o iniciar por determinados acontecimientos “*que no son en sí mismos necesarios para provocarlos*”¹⁰ y entre los que se encuentran los **Trastornos de Ansiedad (TA), Ansioso-Depresivos (TADP), Depresivos (TD), Depresivos Persistentes (TDP) y otros Trastornos (OT)**. Estos trastornos y el TAD, como ya fue comentado, parecen ser una suerte de formas atenuadas, incompletas o menores del TEPT. Según el DSM-5 estarían incluidos en la categoría “*otros trastornos relacionados con traumas y factores de estrés especificados y no especificados*”.

Por consiguiente los TPR son, en orden de mayor intensidad y magnitud de los acontecimientos que pueden provocar su aparición, exacerbación o inicio; en un primer lugar las TPP (asimilable al TEPT) y el TEPT. En segundo lugar los TAD. En tercero TPR de corte ansiosa (TA y TADP) y de corte depresiva (TD y TDP). Y en último extremo OT.

Se hace necesario precisar que todos los diagnósticos de los casos de la muestra se efectuaron usando el DSM previo al DSM-5, esto es el DSM-IV TR de 2002 y también la CIE-10 de 1992. Sin embargo su análisis se ha llevado a cabo, lógicamente, utilizando fundamentalmente la nueva y reciente clasificación DSM-5. De todas formas, el DSM-IV TR y el DSM-5 comparten, en general, los mismos criterios diagnósticos para estos trastornos de tal manera que el hecho de utilizar uno u otro no afecta a la validez del trabajo.

JUSTIFICACIÓN

Este trabajo pretende arrojar luz sobre la contribución de los factores estresantes y/o traumáticos, en definitiva del papel del ambiente, de lo externo, en la aparición de los trastornos psiquiátricos, utilizando para ello una muestra que previamente fue seleccionada de una población general cada día más expuesta a dichos factores como resultado de su propio desarrollo acelerado. La muestra está muy seleccionada porque para acceder a las FAS españolas y a la GC es necesario superar un exhaustivo reconocimiento psicofísico que acredite la ausencia de patología previa. Y a esto se añade que ha sido entrenada, durante varios años en la mayor parte de los casos, para soportar ambientes de relativa intensidad-magnitud, entre los que destaca ni más ni menos que la propia guerra.

Los Ejércitos modernos, aparte de prepararse para entrar en combate de ser necesario, deben intervenir en muchas ocasiones como fuerzas de interposición o pacificación en conflictos armados localizados y en misiones de ayuda humanitaria ante grandes catástrofes. Además los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado de naturaleza militar (GC) han constituido y constituyen un especial grupo de riesgo frente a la violencia terrorista y de otra índole. Todo ello hace que sea especialmente relevante la realización de estudios, como el presente, que permitan conocer y describir la situación actual de todos estos trastornos, para poder desarrollar programas que puedan contribuir a una mejor selección del personal (intentando que el reclutamiento sea lo más idóneo posible) y a mejorar la prevención y el tratamiento de los mismos (con la implantación de diferentes intervenciones pre, peri y post acontecimiento). De esta manera la Sanidad Militar española seguirá cumpliendo fielmente con su triple misión de selección del personal militar y de la GC, de conservación de su salud y de recuperación de los miembros de su estructura afectados por esta patología.

Por otra parte en los últimos años se han multiplicado las demandas periciales de patología psiquiátrica derivada de las diferentes experiencias y situaciones más o menos estresantes y/o traumáticas a las que ha sido expuesta una parte de la población militar, lo que ha planteado nuevos retos y problemas a los diferentes órganos médico periciales de la Sanidad Militar que se encargan de evaluarlos (JMPO's a nivel "*regional*" y la JMPP a nivel "*nacional*"). Entre los problemas más importantes que se suelen suscitar al estudiar cada caso se encuentran:

- a) El diagnóstico certero del trastorno alegado.
- b) El establecimiento de las relaciones de causalidad con algún acontecimiento sea cual fuere su importancia, intensidad, excepcionalidad o duración.
- c) La valoración, lo más objetiva posible, del daño psíquico-secuelas y del grado de discapacidad que ha provocado para que se puedan reparar de forma adecuada.

Para poder resolver los problemas mencionados, y sobre todo para lograr la consecución de los objetivos que se van a perseguir en este estudio, resulta fundamental conocer los factores de riesgo y de protección de los distintos **TPR**.

En el caso del **TEPT**, la CIE-10 reconoce que “*ciertos rasgos de personalidad o los antecedentes de enfermedad neurótica pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del mismo o agravar su curso pero no son necesarios ni suficientes*”¹⁰. El DSM-5 divide a los factores de riesgo y de protección en *pretraumáticos*, *peritraumáticos* y *postraumáticos*¹ que inspiran la formulación de la hipótesis de esta investigación. Entre los primeros se encuentran factores ambientales como son la educación escasa, el bajo nivel socioeconómico, la adversidad en la infancia como la muerte o la separación de los padres y la disfunción familiar, el haber sufrido una experiencia traumática previa durante la infancia, las diversas características culturales como el presentar estrategias de afrontamiento fatalista o de autculpa, el déficit previo de inteligencia, el formar parte de una condición racial/étnica minoritaria, la presencia de antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica y el apoyo social previo a la exposición, que ejerce un efecto protector. Otros factores pretraumáticos son los Genéticos-Temperamentales entre los que se encuentran el sexo femenino, la edad más joven en el momento de la exposición a un trauma y los problemas emocionales (ansiedad, externalización) y propiamente mentales previos (se señalan específicamente el Trastorno de pánico, el Trastorno depresivo, el TEPT y el TOC como ejemplos) en tanto que ciertos genotipos pueden ser de riesgo o protectores. Los *factores peritraumáticos* son, claro está, fundamentalmente ambientales y son la Intensidad-Magnitud del trauma, el peligro vital percibido, las lesiones personales provocadas por el mismo, los traumas que se basan en violencia interpersonal sobre todo por un cuidador o que se ejerce sobre un cuidador, la disociación que se produce durante el trauma y que persiste después y para el personal militar ser autor o testigo de atrocidades o llegar a matar al enemigo. Entre los *factores*

postraumáticos se encuentran los ambientales como la posterior exposición a recuerdos molestos repetitivos, los acontecimientos adversos posteriores y las pérdidas relacionadas con traumas financieros o de otra índole. El apoyo social es un factor protector que modera el resultado tras el trauma. Finalmente están los factores postraumáticos Genéticos-temperamentales entre los que se encuentran las evaluaciones negativas, las estrategias de afrontamiento inadecuadas y el desarrollo de un trastorno de estrés agudo¹. Los TEA, que como ya había sido expuesto preceden en la mitad de los casos a un TEPT, tienen como factores de riesgo ambientales el haber sido expuesto a un estresor traumático y la historia previa de trauma anterior. También son factores de riesgo para el mismo los de tipo Genético-temperamental como ser mujer, una reactividad elevada previa al trauma, el trastorno mental previo, los altos niveles de afecto negativo (neuroticismo), mayor gravedad percibida del evento traumático y un estilo de afrontamiento de tipo evitativo. Las evaluaciones catastrofistas de la experiencia traumática a menudo se caracterizan por apreciaciones exageradas de un daño futuro, por la culpa o por la desesperanza y son unos predictores robustos de TEA.

En el caso de la **TPP** la exigencia de exposición prolongada se debe, según la CIE-10, a que *“en los casos de exposición puntual se ha descubierto en investigaciones recientes que existe en ellas una vulnerabilidad psicológica preexistente”*¹⁰. De ello se puede deducir que la exposición prolongada a un acontecimiento, constituye un factor de riesgo de mayor peso que la exposición puntual al mismo.

En los **TAD**, la CIE-10 hace necesario para el diagnóstico un factor de vulnerabilidad personal o predisposición, aunque acepte el estresor como precipitante de la reacción. Por otra parte resulta absolutamente paradójico, y hasta cierto punto desconcertante, que el DSM-5 dedique más tiempo a los factores moduladores de la reacción en el TEPT que en los TAD. De hecho sólo afirma que *“las personas con entornos de vida desfavorecidos se ven sometidas a cotas elevadas de factores estresantes y podrían tener un mayor riesgo de padecer un trastorno de adaptación”*¹. Pero por otra parte, resulta muy interesante el diagnóstico diferencial que hace el DSM-5, de los TAD con respecto a los trastornos de la personalidad. Así concluye que *“algunas características de la personalidad pueden estar asociadas a una vulnerabilidad para la angustia situacional que puede remedar un trastorno de adaptación. El funcionamiento de la personalidad a lo largo de la vida facilita la interpretación de sus comportamientos cuando existen dificultades para*

distinguir una determinada personalidad de un trastorno de adaptación. Además algunos trastornos de la personalidad pueden presentar vulnerabilidad para la angustia, y el estrés también puede exacerbar los síntomas de un trastorno de la personalidad. Cuando se presentan un trastorno de la personalidad, si se cumplen los criterios de síntomas para un TAD y la alteración relacionada con el estrés sobrepasa la que podría atribuirse a los síntomas desadaptativos del trastorno de la personalidad, entonces se debería establecer el diagnóstico de TAD”.

Por su parte los **Trastornos de Ansiedad (TA), Ansioso-Depresivos (TADP), Depresivos (TD), Depresivos Persistentes (TDP) y otros Trastornos (OT)**, se pueden exacerbar o se pueden iniciar por determinados acontecimientos que no son en sí mismos necesarios para provocarlos como ya se comentó anteriormente y “*en los que la vulnerabilidad específica parece tener más peso*”¹⁰.

En el gráfico 1 se señalan en negrita los contenidos a estudiar en este trabajo, utilizando un esquema adaptado de Lazarus&Folkman¹³³ y Lazarus¹³⁴, que ha sido y sigue siendo uno de los principales modelos de referencia para este tipo de trastornos.



GRÁFICO 1. ESQUEMA ADAPTADO DE LAZARUS&FOLKMAN DEL ORIGEN DE LOS TPR.

Este estudio se puede considerar pionero y preliminar por varios motivos: por evaluar en su conjunto todos los TPR, por hacerlo en un medio tan especial como el militar en el que la muestra está previamente seleccionada, por evaluar una lista tan amplia de variables biográficas y de otro tipo pre, peri y post acontecimiento y por su ámbito de realización legal, en un organismo que no consta que exista en otros países¹³⁵.

Y dicho organismo es la JMMP, heredera del antiguo Tribunal Psiquiátrico Militar que, desde su creación en 1924, se constituyó como uno de los servicios periciales más destacados de toda la Psiquiatría española¹³⁶. Ha seguido diversos avatares y transformaciones en función del marco de referencia legal vigente en cada momento, de los referentes clínico-diagnósticos de cada periodo y del conjunto de normas sobre ubicación, constitución y procedimiento de actuación. En la actualidad es la Unidad Médico Pericial Psiquiátrica encargada de evaluar los diferentes trastornos psiquiátricos que se alegan en el ámbito militar tanto de parte del propio peritado, como de parte del Ministerio de Defensa (MINISDEF), después de una evaluación previa en cualquiera de las 10 actuales Juntas Médico Periciales Ordinarias (JMPO's) repartidas por toda la geografía española. Se ocupa de revisar muchos de los casos de TPR acontecidos en el seno de las FAS y de la GC (especialmente y, sobre todo, los de mayor repercusión personal e institucional) y tiene un marco de actuación nacional. Está constituida por un presidente, tres vocales y un vocal-secretario, todos ellos especialistas en Psiquiatría con una amplia experiencia en evaluar este tipo de trastornos. Cabe destacar que, las actas en las que se emiten los dictámenes con el diagnóstico, grado de discapacidad y otros aspectos legales, han sido emitidas por unanimidad de todos sus miembros y en todos los casos incluidos en el estudio.

La aparición de los diferentes tipos de trastornos psiquiátricos reactivos está influenciada por el acontecimiento mismo (con su diferentes características como son el tipo, intensidad, duración y otras), por variables previas al acontecimiento (características personales, profesionales y la historia personal) y por variables clínicas y socioeconómicas posteriores al mismo, que terminarían de configurar la influencia de lo externo en la patogenia de los trastornos psiquiátricos.

GENERAL

Describir los acontecimientos, las características personales, profesionales, socioeconómicas, la historia personal (psicobiografía), las características clínicas y diagnósticas de los sujetos evaluados en la JMPP que hayan sido diagnosticados de un TPR (relación causa efecto con un determinado acontecimiento).

ESPECÍFICOS

1. Estudiar la influencia del tipo de **acontecimiento** en el cuadro clínico desarrollado posteriormente, determinando si son diferentes los acontecimientos causantes de los distintos TPR.
2. Estudiar la influencia de las **características personales, profesionales, socioeconómicas** y de la **historia personal (psicobiografía)** en el cuadro clínico desarrollado posteriormente, estableciendo un perfil diferencial de sujetos que acaban presentando alguno de los TPR agrupados.
3. Estudiar la relación de las variables **clínicas** incluidas en el estudio con los distintos TPR agrupados.
4. Determinar las diferencias, en cuanto al diagnóstico y al grado de discapacidad otorgado, entre los distintos órganos que evaluaron al peritado (JMPO's, EVO's de las CCAA y finalmente la JMPP).

SUJETOS Y MÉTODOS

DISEÑO

Estudio observacional descriptivo transversal.

SUJETOS

- **Población diana:** Miembros de las Fuerzas Armadas (FAS) españolas y de la Guardia Civil (GC) –individuos sanos seleccionados de la población general que han recibido una especial preparación profesional para afrontar acontecimientos de relativa intensidad-magnitud como conflictos bélicos, violencias criminales y similares-.
- **Población accesible:** Miembros de las FAS españolas y de la GC que acuden a la JMPP de la Sanidad Militar, durante el periodo 2004-2010 (a.i.), para ser evaluados por presentar alegaciones propias, institucionales o ambas frente a reconocimientos médico previos. Se estableció como año de inicio el de 2004, porque fue a partir de dicho año cuando empezó a anotarse en la base de datos de la JMPP si existía o no relación de causa efecto entre un hecho acaecido durante su servicio y un trastorno psiquiátrico diagnosticado. De esta forma se localizaron todos los casos para incluirlos en el estudio. En el año 2011 el cuestionario autoadministrado que figura en el anexo, y en el que se les preguntaba a los peritados por los diversos aspectos personales biográficos, sufrió cambios importantes. Por esa razón los casos de ese año y los siguientes se excluyeron del estudio.
- **Criterios de selección:**
 - **INCLUSIÓN:** Sujetos de ambos sexos y edades que hayan presentado una patología psiquiátrica en la que la JMPP de la Sanidad Militar haya dictaminado una relación de causa-efecto con un determinado acontecimiento o situación relacionada con el servicio.
 - **EXCLUSIÓN:** Expedientes incompletos.
- **Muestreo:** Consecutivo no probabilístico.
- **Tamaño muestral:** De un total de 1.129 expedientes que tuvieron entrada en el periodo analizado, se incluyeron los 100 expedientes existentes (8,85% de

reactividad-causalidad reconocida por la JMPP), sin encontrar ningún expediente que tuviera que ser excluido del estudio.

VARIABLES A ESTUDIO

VARIABLES DE CONTROL; PERSONALES, PROFESIONALES Y SOCIOECONÓMICAS

- *Sexo*: Cualitativa dicotómica; Hombre o mujer.
- *Edad en el momento del acontecimiento*: Cuantitativa discreta (años cumplidos).
- *Edad en el momento de la evaluación*: Cuantitativa discreta (años cumplidos).
- *Pareja estable en el momento de la evaluación*: Cualitativa dicotómica; Si o No.
- *Convivencia en el momento de la evaluación*: Cualitativa politómica (4 categorías); Con su familia creada, con su familia de origen, vive solo u hospitalizado.
- *Localidad de nacimiento*: Cualitativa politómica (8 categorías); Madrid, capital de CCAA excepto Madrid, capital de provincia excepto capital CCAA, localidad no capital de más de 100.000 habitantes, localidad de entre 100.000 y >50.000 habitantes, localidad no capital de entre 50.000 y 10.000 habitantes, localidad de menos de 10.000 habitantes o fuera de territorio nacional.
- *Localidad de residencia*: Cualitativa politómica (8 categorías); Madrid, capital de CCAA excepto Madrid, capital de provincia excepto capital CCAA, localidad no capital de más de 100.000 habitantes, localidad no capital de entre 100.000 y > 50.000 habitantes, localidad no capital de entre 50.000 y 10.000 habitantes, localidad de menos de 10.000 habitantes o fuera de territorio nacional.
- *Número total de hermanos (incluido el peritado)*: Cuantitativa discreta.
- *Lugar fratría*: Cualitativa politómica (5 categorías); Mayor, pequeño/a, lugar intermedio, hijo/a único/a o NS/NC.
- *Número de hijos*: Cuantitativa discreta.
- *Edad a la empezó a trabajar*: Cuantitativa discreta (años cumplidos).

- *Tipo de trabajo inicial*: Cualitativa politómica (3 categorías); Militar o GC, otras profesiones o NS/NC.
- *Tuvo problemas de adaptación al trabajo inicial*: Cualitativa politómica (3 categorías); Si, No o NS/NC.
- *Ejército de pertenencia en el momento del acontecimiento*: Cualitativa politómica (5 categorías); Ejército de Tierra, Armada, Ejército del Aire, Guardia Civil o Cuerpos Comunes.
- *Empleo que tenía cuando sucedió el acontecimiento*: Cualitativa politómica (13 categorías); Guardia Civil/Soldado/Marinero, Cabo, Cabo Primero, Sargento, Sargento primero, Brigada, Subteniente, Alférez, Teniente, Capitán, Comandante, Teniente Coronel o Coronel.
- *Militar permanente (Carrera) en el momento del acontecimiento*: Cualitativa dicotómica; Sí o No.
- *Antigüedad en años hasta que sucede el acontecimiento (fecha de acontecimiento-fecha de ingreso en las FAS o GC)*: Cuantitativa discreta.
- *Situación actual*: Cualitativa politómica (4 categorías); Activo, reserva, retirado o ex militar.
- *Adaptación social insatisfactoria*: Cualitativa politómica (3 categorías); Sí, No o NS/NC.
- *Presencia de amigos íntimos*: Cualitativa politómica (6 categorías); Varios de ambos sexos, varios sólo de su sexo, pocos (menos de 3) de ambos sexos, pocos (menos de 3) de su sexo, ninguno o NS/NC.
- *Participación en asuntos culturales*: Cualitativa politómica (6 categorías); Nada, poco, regular, bastante, mucho o NS/NC.
- *Participación en actividades deportivas*: Cualitativa politómica (6 categorías); Nada, poco, regular, bastante, mucho o NS/NC.
- *Detenido en alguna ocasión*: Cualitativa politómica (3 categorías); Si, No o NS/NC.
- *Ocasiones en las que ha sido detenido*:
- *Edad a la que fue detenido en la primera ocasión*:
- *Principal fuente de ingresos familiar*: Cualitativa politómica (6 categorías); Sueldo del peritado, sueldo de la pareja, sueldo del peritado y de la

pareja, sueldo o pensión de padres, sueldo del peritado y sueldo o pensión de padres o NS/NC.

- *Tiene problemas económicos graves*: Cualitativa politómica (3 categorías); Sí, No o NS/NC.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

Acontecimiento: Cualitativa politómica (10 categorías); Atentado terrorista, escenario bélico, accidente en lugar de destino, accidente “*in itinere*”, entorno laboral desagradable, características-condiciones del destino, accidente grave de persona cercana, agresión o encarcelamiento y no especificado.

Acontecimiento agrupado: Cualitativa politómica (5 categorías); Atentado terrorista y escenario bélico, accidente en lugar de destino y accidente “*in itinere*”, entorno laboral desagradable, características-condiciones del destino y otros acontecimientos (accidente grave de persona cercana, agresión, encarcelamiento y no especificado).

Historia personal (Psicobiografía):

- Características del *embarazo* mediante el que nació: Cualitativa politómica (3 categorías); Lo desconoce, fue normal o hubo problemas.
- Características del *parto* mediante el que nació: Cualitativa politómica (4 categorías); Lo desconoce, fue normal, hubo problemas o precisó algún tipo de asistencia.
- *Desarrollo* hasta los 3 años (*1ª infancia*): Cualitativa politómica (3 categorías); No lo conoce, normal o problemático.
- *Retraso para andar* en la *1ª infancia*: Cualitativa dicotómica; Sí o No.
- *Retraso para hablar* en la *1ª infancia*: Cualitativa dicotómica; Sí o No.
- *Inquietud* en la *1ª infancia*: Cualitativa dicotómica; Sí o No.
- *Rabietas* en la *1ª infancia*: Cualitativa dicotómica; Sí o No.
- Problemas con el sueño en la *1ª infancia*: Cualitativa dicotómica; Sí o No.
- Problemas con la alimentación en la *1ª infancia*: Cualitativa dicotómica; Sí o No.
- *Recuerdos* de la *2ª infancia*: Cualitativa politómica (5 categorías): Agradables, desagradables, ausentes, indiferentes o NS/NC.
- *Dificultades para la lectura y escritura* en la *2ª infancia*: Cualitativa dicotómica; Sí o No.
- *Dificultades para el cálculo y las matemáticas* en la *2ª infancia*: Cualitativa dicotómica; Sí o No.

- *Dificultades para las habilidades motoras en la 2ª infancia*: Cualitativa dicotómica; Sí o No.
- *Tartamudez en la 2ª infancia*: Cualitativa dicotómica; Si o No.
- *Aislamiento, retraimiento social, timidez en la 2ª infancia*: Cualitativa dicotómica; Sí o No.
- *Dificultades para relacionarse con otras personas en la 2ª infancia*: Cualitativa politómica (3 categorías); Sí, No o NS/NC.
- *Dificultades para mantener la atención y concentración en la 2ª infancia*: Cualitativa dicotómica; Sí o No.
- *Inquietud (Hiperactividad) en la 2ª infancia*: Cualitativa dicotómica; Sí o No.
- *Agresividad, conductas violentas o peleas en la 2ª infancia*: Cualitativa dicotómica; Sí o No.
- *Mentiras frecuentes en la 2ª infancia*: Cualitativa dicotómica; Sí o No.
- *Pequeños hurtos en la 2ª infancia*: Cualitativa dicotómica; Sí o No.
- *Fugas de casa en la 2ª infancia*: Cualitativa dicotómica; Sí o No.
- *Absentismo escolar en la 2ª infancia*: Cualitativa dicotómica; Sí o No.
- *Problemas de control de la alimentación en la 2ª infancia*: Cualitativa dicotómica; Sí o No.
- *Tics en la 2ª infancia*: Cualitativa dicotómica; Si o No.
- *Presencia de problemas de control de esfínteres en la 2ª infancia*: Cualitativa dicotómica; Sí o No.
- *Presencia de problemas con el sueño en la 2ª infancia*: Cualitativa dicotómica; Sí o No.
- *Miedos, temores, fobias en la 2ª infancia*: Cualitativa dicotómica; Sí o No.
- *Quejas frecuentes de síntomas físicos en la 2ª infancia*: Cualitativa dicotómica; Sí o No.
- *Presencia de problemas de adaptación escolar en la 2ª infancia*: Cualitativa dicotómica; Sí o No.
- *Retraso escolar en la 2ª infancia*: Cualitativa dicotómica; Sí o No.
- *Precisó educación especial o algún tipo de ayuda psicopedagógica en la 2ª infancia*: Cualitativa dicotómica; Sí o No.

- *Relaciones con sus padres en la 2ª infancia*: Cualitativa politómica (6 categorías); Muy buenas, buenas, normales, malas, muy malas o NS/NC.
- *Presencia de alguna enfermedad importante en la 2ª infancia*: Cualitativa dicotómica; Sí o No.
- *Presencia de algún accidente importante en la 2ª infancia*: Cualitativa dicotómica; Sí o No.
- *Recuerdos de la última infancia y adolescencia*: Cualitativa politómica (4 categorías); Agradables, desagradables ausentes e indiferentes.
- *Dificultades de adaptación escolar durante la última infancia y adolescencia*: Cualitativa dicotómica; Sí o No.
- *Presencia de alguna enfermedad importante durante la última infancia y adolescencia*: Cualitativa politómica (3 categorías); Sí, No o NS/NC.
- *Presencia de algún accidente importante durante la última infancia y adolescencia*: Cualitativa dicotómica; Sí o No.
- *Recuerdos de la edad adulta*: Cualitativa politómica (4 categorías); Agradables, Indiferentes, desagradables o NS/NC.
- *Presencia de alguna enfermedad importante durante la edad adulta previa al acontecimiento*: Cualitativa dicotómica; Sí o No.
- *Presencia de algún accidente importante durante la edad adulta*: Cualitativa dicotómica; Sí o No.
- *Nivel escolar alcanzado*: Cualitativa politómica (9 categorías); Universitario acabado, universitario no acabado, acceso universidad mayores de 25 años, bachillerato acabado, bachillerato no acabado, FP acabado, FP no acabada, estudios primarios o NS/NC.
- *Considera su nivel escolar como insuficiente*: Cualitativa politómica (3 categorías); Sí, No o NS/NC.

Clínicas:

- *Número de bajas médicas previas al acontecimiento*:
- *Días que transcurren desde el acontecimiento hasta que se le concede la baja laboral (fecha del acontecimiento-fecha de la baja)*:

- *Motivo de la baja inicial*: Cualitativa politómica (3 categorías); Secuelas física, secuelas psíquicas o secuelas físicas y psíquicas.
- *Alta posterior*: Dicotómica; Sí o No.
- *Días que transcurren desde la baja inicial hasta el alta , si existió*:
- *Medicado en el momento del reconocimiento*: Cualitativa dicotómica; Sí o No.
- *Ha necesitado hospitalización en relación con cuadro*: Cualitativa dicotómica; Sí o No.
- *Número de hospitalizaciones psiquiátricas tras el acontecimiento*:

Diagnósticas:

- *Diagnóstico en las JMPO's previas*: Cualitativa politómica (8 categorías); TEPT, TPP, TAD, TA, TD, TADP, TDP y OT.
- *Diagnóstico en las JMPO's previas agrupado*: Cualitativa politómica (5 categorías); TEPT y TPP, TAD, trastornos de la corte ansiosa (TA Y TADP), trastornos de la corte depresiva (TD y TDP) y OT.
- *Porcentaje de discapacidad asignado por las JMPOs previas*:
- *Relación causa efecto en tribunal previo*: Cualitativa dicotómica; Sí o No.
- *Valorado por los Equipos de Valoración y Orientación (EVO's) de las CCAA correspondientes*: Cualitativa dicotómica; Sí o No.
- *Porcentaje de discapacidad asignado por los EVO's de las CCAA*:
- *Motivo del reconocimiento en JMPP*: Cualitativa politómica (3 categorías); Alegaciones peritado, alegaciones institucionales o alegaciones de ambos.
- *Diagnóstico JMPP*: Cualitativa politómica (8 categorías); TEPT, TPP, TAD, TA, TD, TADP, TDP y OT.
- *Diagnóstico JMPP agrupado*: Cualitativa politómica (5 categorías); TEPT y TPP, TAD, trastornos de la corte ansiosa (TA + TADP), trastornos de la corte depresiva (TD + TDP) y OT.
- *Porcentaje de discapacidad asignado por la JMPP*:

VARIABLES DEPENDIENTES:

- *TPR=Diagnóstico JMPP*: Cualitativa politómica (8 categorías); TEPT, TPP, TAD, TA, TD, TADP, TDP y OT.
- *TPR agrupados= Diagnóstico JMPP agrupado*: Cualitativa politómica (5 categorías); TEPT + TPP, TAD, trastornos de la corte ansiosa (TA + TADP), trastornos de la corte depresiva (TD + TDP) y OT.

ASPECTOS LEGALES

La Asesoría Jurídica de la Inspección General de Sanidad de la Defensa (IGESANDEF; Organismo del Ministerio de Defensa de quien depende la JMPP), realizó un informe el día 3 de Marzo de 2011 (S-REF 404-AJ) en el que se daba respuesta a la solicitud del autor de este estudio, de acceso a las historias clínicas de la JMPP y en el que se concluyó que *“deberá autorizarse el acceso a las historias clínicas obrantes en la JMPP para poder realizar el trabajo de investigación señalado por el Capitán Médico D. Pedro Pablo Morales Rodríguez una vez aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de la IGESANDEF”*.

El Comité Ético de Investigación Clínica de la IGESANDEF aprobó finalmente el estudio emitiendo un certificado oficial con fecha de 27 de abril de 2012.

Para el correcto cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, no se recogieron datos que pudieran servir para identificar a las personas incluidas en el estudio como su nombre, dirección, DNI, nº de expediente etcétera. La base de datos que se confeccionó a efecto fue también anónima.

MATERIAL

Historiales clínicos (Expedientes) situados en el archivo de la JMPP.

Material informático vario y programas para proceso de datos y textos de Microsoft® Excel y Word. Paquete estadístico SPSS en su versión 15.

MÉTODO

Se comenzó introduciendo los datos del último expediente que tuvo entrada en la JMPP en el año 2010 y en el que se verificó una relación de causalidad con una circunstancia relativa al servicio. Posteriormente se introdujeron los correspondientes a los expedientes que cumplían ese requisito, en orden creciente de antigüedad de entrada en la JMPP hasta finalizar con la inclusión de los datos del primer expediente que entró en el año 2004. Se recogieron todas las historias clínicas existentes.

MÉTODO ESTADÍSTICO.

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

Como índices de la tendencia central y de la dispersión de las variables cuantitativas de las distribuciones muestrales se emplearon la media aritmética y la desviación estándar o la mediana y el rango intercuartílico, dependiendo de la asunción o no, respectivamente, del supuesto de la normalidad de las mismas determinado con el test de Kolmogorov-Smirnov (K-S).

Para las variables categóricas se emplearon las frecuencias absolutas y relativas porcentuales.

Como representaciones gráficas se usaron los diagramas de barras o de sectores, para variables categóricas, y los de barras de error o de cajas, para variables cuantitativas que asumían o no, respectivamente, el supuesto de la normalidad (K-S)

ESTADÍSTICA ANALÍTICA

La medida de asociación entre dos variables categóricas se efectuó mediante la χ^2 de Pearson, o la prueba exacta de Fisher si ambas eran dicotómicas, en cuyo caso la valo-

ración del efecto se realizó mediante la estimación del riesgo (RP), y su precisión con su intervalo de confianza del 95%.

Para determinar la asociación entre una variable independiente dicotómica y dependiente cuantitativa de distribución paramétrica (K-S) se empleó el test t de Student para muestras independientes. Se valoró el efecto mediante la diferencia de medias, y la precisión mediante el intervalo de confianza del 95%. Cuando la variable dependiente vulneraba el supuesto de la normalidad (K-S) se utilizó el test U de Mann Whitney.

En todos los casos, como grado de significación estadística se empleó un valor de $p < 0,05$ y la aplicación estadística fue el paquete SPSS® versión 15.

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA A ESTUDIO

ACONTECIMIENTO

El tipo de acontecimiento más frecuente en la muestra (n=100) fue el llamado entorno laboral desagradable u hostil (23 casos=23%), seguido del haber sufrido un accidente en el lugar de destino (21%), los atentados terroristas (19%) y las características-condiciones del destino (13%). Los escenarios bélicos y los accidentes “*in itinere*” tuvieron una frecuencia menor y semejante entre ambos. Finalmente las agresiones y, sobre todo, los accidentes graves en familiares y el encarcelamiento fueron testimoniales (Gráfico 2).

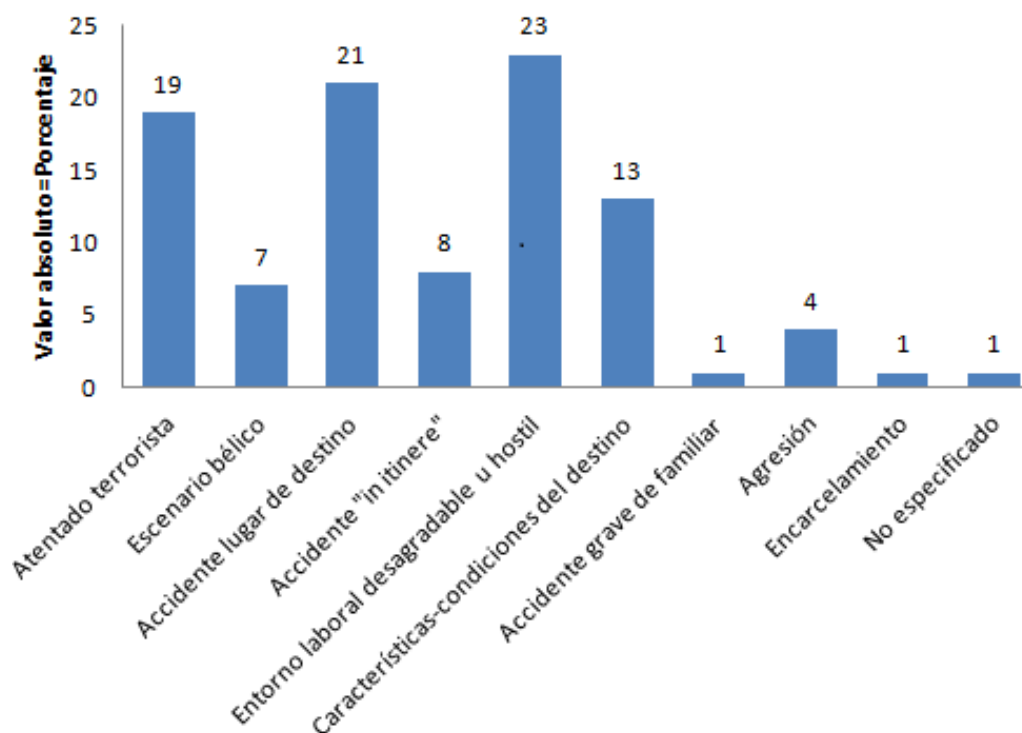


GRÁFICO 2. TIPO DE ACONTECIMIENTO OBSERVADO EN EL ESTUDIO (N=100).

CARACTERÍSTICAS PERSONALES

En la población accesible incluida en el estudio se constató una amplia mayoría de hombres (85 casos=85%) frente a las mujeres, en una proporción semejante a la que existe en la población diana (Gráfico 3).

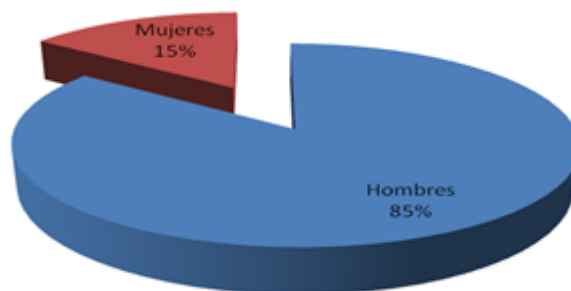


GRÁFICO 3. SEXO DE LA POBLACIÓN INCLUIDA EN EL ESTUDIO (N=100).

La edad media en la que sucedió el acontecimiento fue de casi 34 años, en tanto que la edad media en la que el peritado fue evaluado es de poco más de 42 años (Gráfico 4).

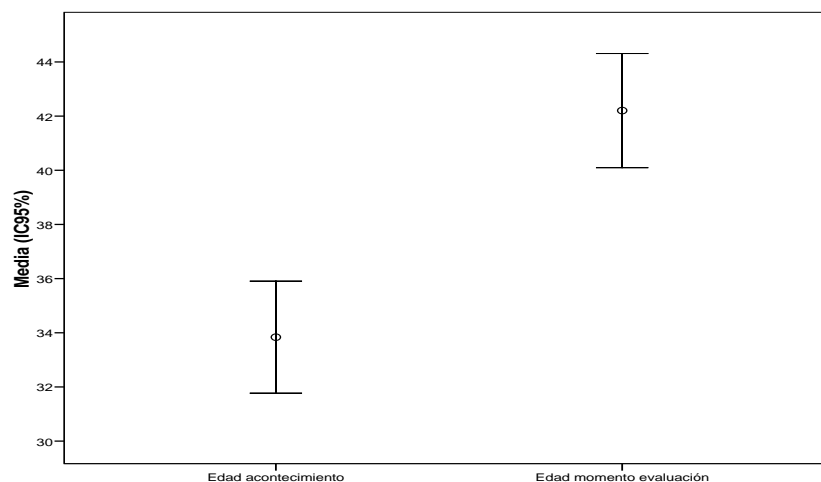


GRÁFICO 4. COMPARATIVA ENTRE EDADES MEDIAS (AÑOS).

El 82% de los peritados manifestaban tener pareja estable en el momento de ser evaluados (Gráfico 5).

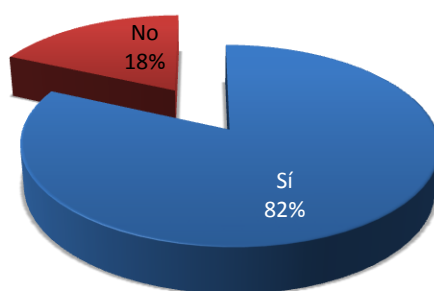


GRÁFICO 5. PAREJA ESTABLE MANIFESTADA POR LA MUESTRA A ESTUDIO (N=100).

En cuanto a la convivencia de los casos a estudio, cerca del 82 % lo hacía con su familia creada, algo más del 11% vivían con su familia de origen, el 6,1% vivían solos y finalmente uno de ellos estaba hospitalizado, aunque manifestando tener pareja estable (Gráfico 6).

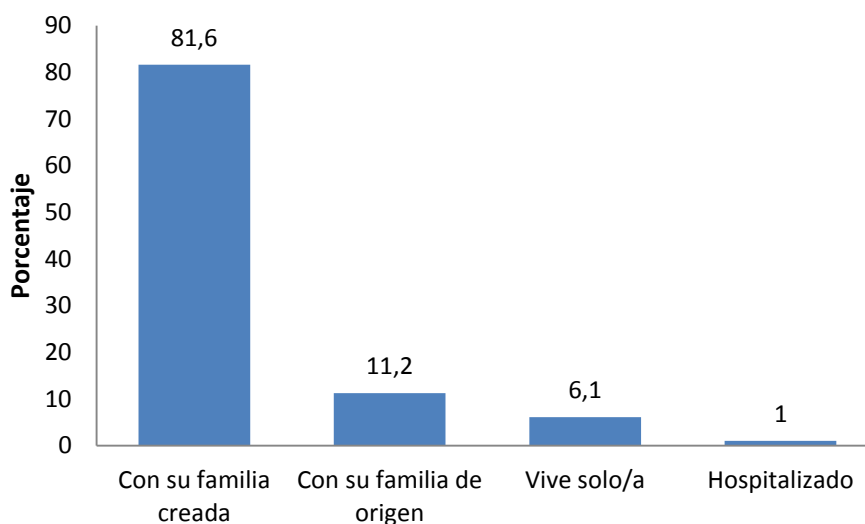


GRÁFICO 6. CONVIVENCIA DEL PERITADO EN EL MOMENTO DE SER EVALUADO EN LA JMPP.

El 53% de la muestra nació en capitales, ya sea nacional, de CCAA o de provincia y casi un 40% en localidades de 50.000 o menos habitantes. El porcentaje de los que residían en capitales en el momento de ser evaluado es del 42% repartiéndose los que aban-

donaron las capitales entre las distintas localidades de manera más o menos homogénea (Gráfico 7).

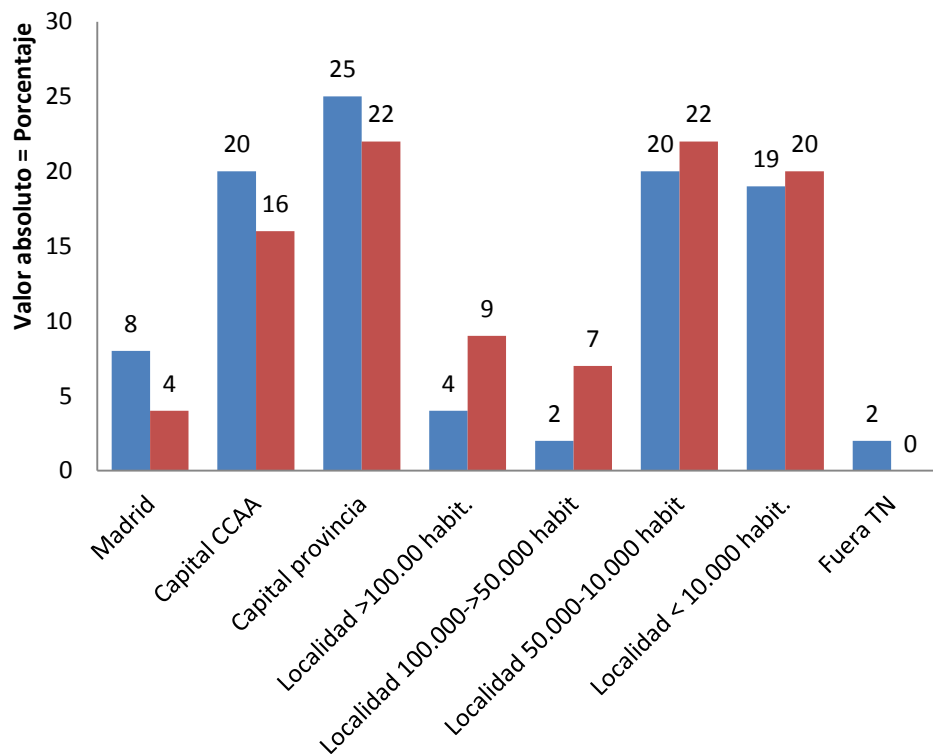


GRÁFICO 7. LOCALIDAD DE NACIMIENTO (AZUL) VS LOCALIDAD DE RESIDENCIA (ROJO) DE LA MUESTRA.

La mitad de la población estudiada tenía 2 hermanos y en una ligera mayoría de casos (36%), el peritado era el mayor de ellos. Los hijos/as únicos fueron una rareza en la muestra con poco más de un 2% de los casos (Gráfico 8).

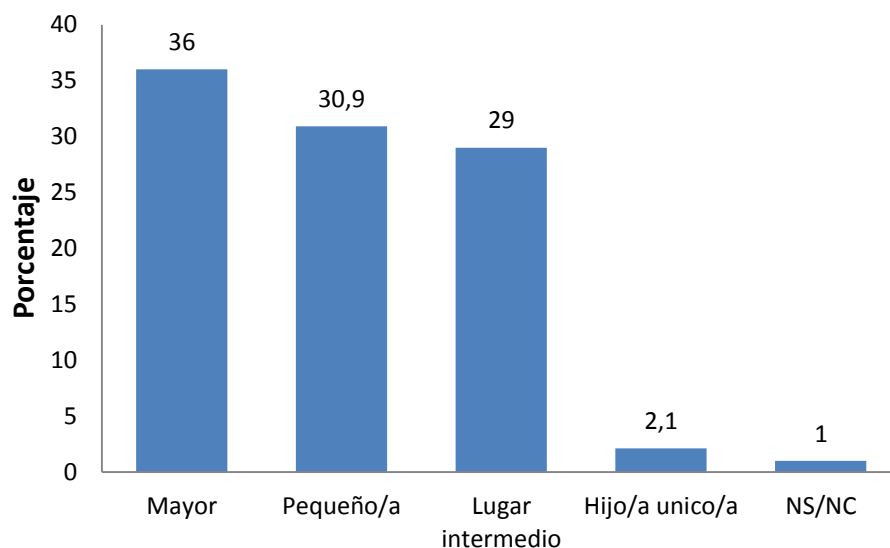


GRÁFICO 8. LUGAR EN LA FRATRÍA DE LA MUESTRA A ESTUDIO (PORCENTAJE).

Del número de hijos de la muestra destacó que algo más del 26% no tenía hijos y que algo más del 26% tenía sólo 1 hijo (Gráfico 9).

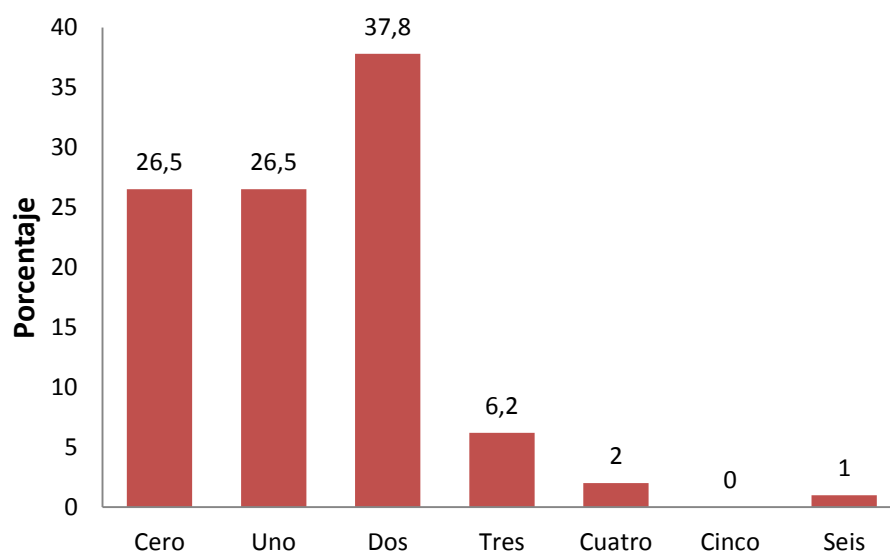


GRÁFICO 9. NÚMERO DE HIJOS DE LA MUESTRA A ESTUDIO (PORCENTAJE).

Las características personales de la muestra se pueden apreciar en conjunto en la Tabla 1 y en la Tabla 2.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LA MUESTRA A ESTUDIO.

Sexo V/M; n° absoluto (%)		85 (85)/15 (15)
Edad momento acontecimiento N=74* \bar{x} (DE)		33,8 (9)
Edad momento evaluación N=100/N=74* \bar{x} (DE)		41,7(9,3)/42,2(9,1)*
Pareja estable Sí/No; n° absoluto (%)		81(81,8)/18 (18,2)
	Con su familia creada	80 (81,6)
Convivencia actual;	Con su familia de origen	11 (11,2)
n° absoluto (%)	Vive solo	6 (6,1)
	Hospitalizado	1 (1)
	Madrid	8 (8)
	Capital CCAA excepto Madrid	20 (20)
	Capital provincia excepto CCAA	25 (25)
Nacimiento;	Localidad >100.000 habitantes	4 (4)
n° absoluto (%)	Localidad 100.000- >50.000 habitantes	2 (2)
	Localidad 50.000-10.000 habitantes	20 (20)
	Localidad < 10.000 habitantes	19 (19)
	Fuera TN.	2 (2)

* Peritados en los que se conocen las fechas de acontecimiento y de evaluación.

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS PERSONALES DE LA MUESTRA A ESTUDIO. (CONTINUACIÓN).

	Madrid	4 (4)
	Capital CCAA excepto Madrid	16 (16)
	Capital provincia excepto capital CCAA	22 (22)
Residencia; nº absoluto (%)	Localidad > 100.000 habitantes	9 (9)
	Localidad 100.000- >50.000 habitantes	7 (7)
	Localidad 50.000-10.000 habitantes	22 (22)
	Localidad < 10.000 habitantes	20 (20)
	Fuera TN.	0 (0)
Número total de hermanos (incluido peritado); Md (IQR)		3 (2)
	Mayor	35 (36)
	Pequeño/a	30 (30,9)
Lugar fratría; nº absoluto (%)	Lugar intermedio	29 (29)
	Hijo/a único/a	2 (2,1)
	NS/NC	1 (1)
	0	26 (26,5)
	1	26 (26,5)
	2	37 (37,8)
Número de hijos; nº absoluto (%)	3	6 (6,2)
	4	2 (2)
	5	0 (0)
	6	1 (1)

CARACTERÍSTICAS PROFESIONALES

La edad a la que comenzó a trabajar la muestra fue bastante precoz, alrededor de la mayoría de edad y el tipo de trabajo inicial de la misma el de “otras profesiones distintas a la militar”, en más de la mitad de los casos (Gráfico 10).

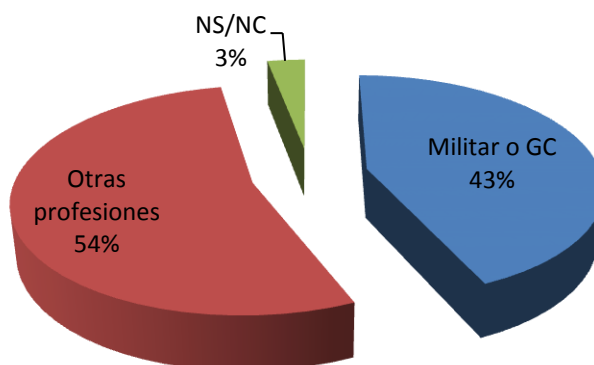


GRÁFICO 10. TIPO DE TRABAJO INICIAL DE LA MUESTRA A ESTUDIO.

La inmensa mayoría de los peritados (90%) manifestaba no haber tenido problemas de adaptación a su trabajo inicial, aunque resultó que el 10% de ellos o los ha han tenido o NS/NC (Gráfico 11).

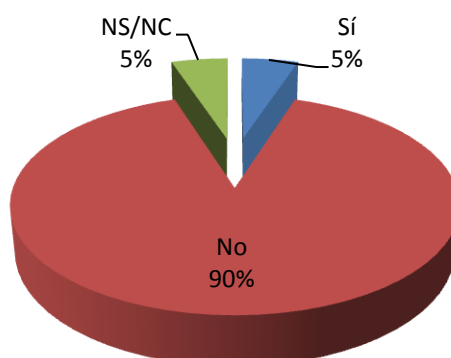


GRÁFICO 11. PROBLEMAS DE ADAPTACIÓN EN EL TRABAJO INICIAL DE LA MUESTRA.

La Guardia Civil acaparó a cerca del 60% de los casos de la muestra. Le siguió el Ejército de Tierra a gran distancia con prácticamente el 30% de casos. Y todavía a mucha más distancia el resto de Ejércitos (Gráfico 12).

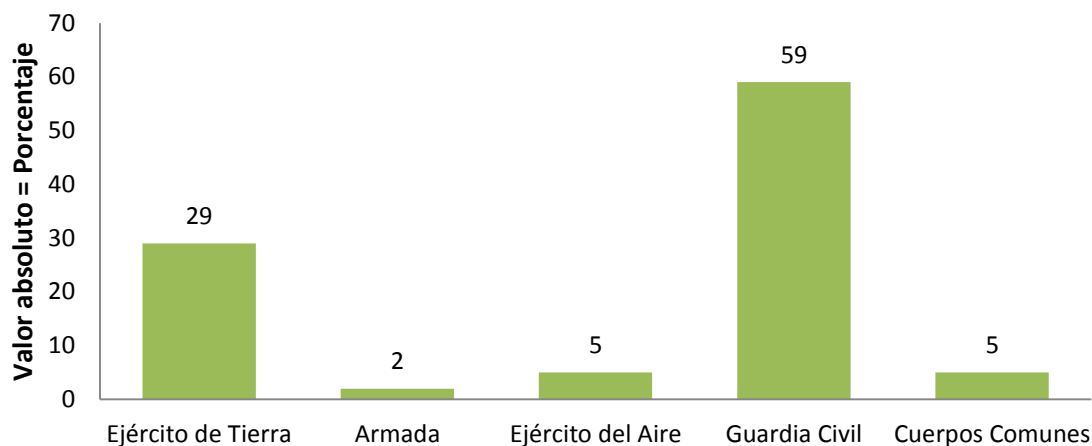


GRÁFICO 12. EJÉRCITO DE PERTENENCIA EN EL MOMENTO DE SUFRIR EL ACONTECIMIENTO.

El empleo (rango militar) más frecuente con bastante diferencia en la muestra fue el de “Soldado, Marinero o Guardia Civil”, casi un 60%, seguido del de Cabo 1º. Solo existen 8 oficiales en la muestra (Gráfico 13). En dicho grafico se representan los distintos empleos en orden jerárquico de menor (izquierda) a mayor (derecha) empleo.

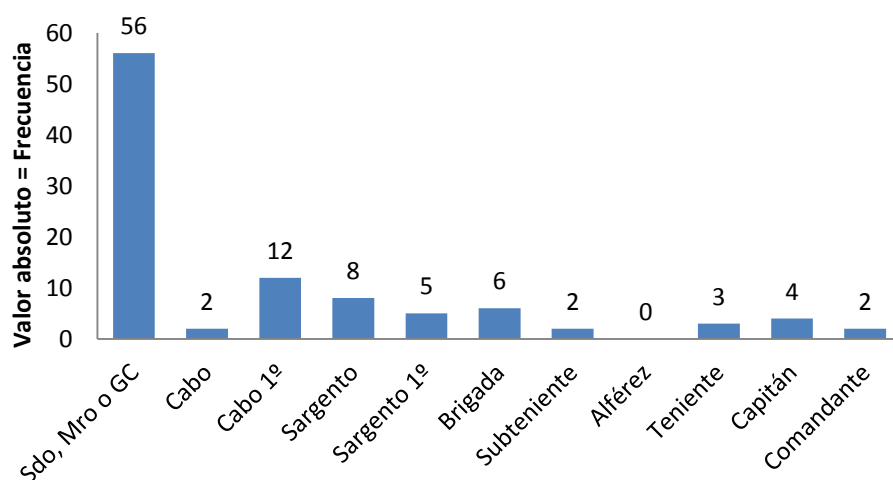


GRÁFICO 13. EMPLEO DE LOS CASOS DE LA MUESTRA EN EL MOMENTO DEL ACONTECIMIENTO.

En el momento en el que se produjo el acontecimiento, casi el 85% de los militares incluidos en el estudio mantenía una relación de carácter permanente con las FAS o GC, es decir eran considerados militares de carrera (Gráfico 14).

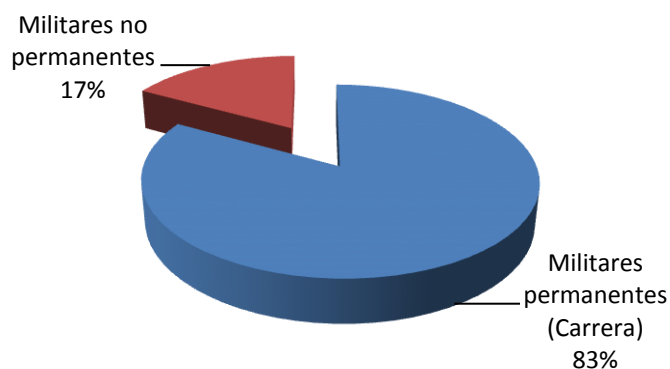


GRÁFICO 14. VINCULACIÓN A LAS FAS O A LA GC EN EL MOMENTO DEL ACONTECIMIENTO.

La media de años que transcurrieron desde el ingreso en las FAS o GC hasta que sucedió el acontecimiento fue de algo más de 12 años.

La situación militar en el momento de la evaluación de la mayoría de peritados que acudieron a la JMPP con diagnóstico final de TPR, fue la de Servicio activo (más de un 80%) (Gráfico 15).

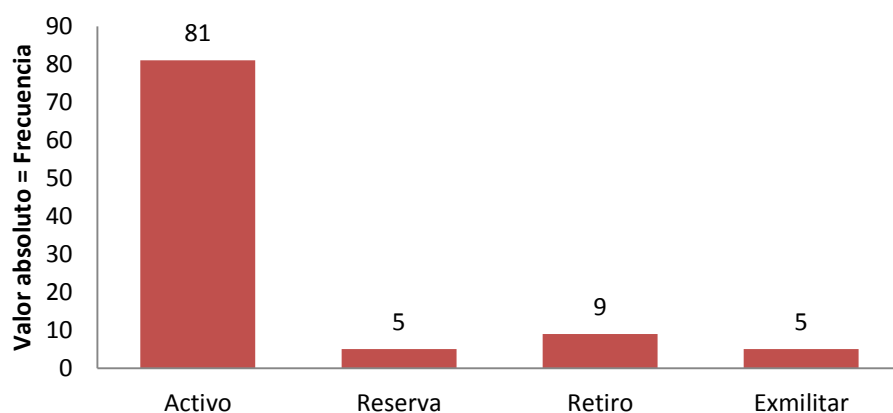


GRÁFICO 15. SITUACIÓN DE LOS MILITARES DE LA MUESTRA EN EL MOMENTO DEL ACONTECIMIENTO.

Las características profesionales de los sujetos del estudio se pueden ver en la Tabla 3 y en la Tabla 4.

TABLA 3. CARACTERÍSTICAS PROFESIONALES DE LA MUESTRA A ESTUDIO.

Edad a la que comenzó a trabajar; \bar{x} (DE)		17,5 (2,2)
Tipo de trabajo inicial; n° absoluto (%)	Militar (FAS o GC)	43 (43)
	Otras profesiones	53 (54)
	NS/NC	3 (3)
	Sí	5 (5)
Problemas adaptación trabajo inicial; n° absoluto (%)	No	89 (90)
	NS/NC	5 (5)
	Ejército de Tierra	29 (29)
	Armada	2 (2)
Ejército momento acontecimiento; n° absoluto (%)	Ejército del Aire	5 (5)
	Guardia Civil	59 (59)
	Cuerpos Comunes	5 (5)
	FAS	

TABLA 4. CARACTERÍSTICAS PROFESIONALES DE LA MUESTRA A ESTUDIO (CONTINUACIÓN).

	Sdo, Mro o GC	56 (56)
	Cabo	2 (2)
	Cabo 1º	12 (12)
	Sargento	8 (8)
	Sargento 1º	5 (5)
	Brigada	6 (6)
Empleo momento acontecimiento; n° absoluto (%)	Subteniente	2 (2)
	Alférez	0 (0)
	Teniente	3 (3)
	Capitán	4 (4)
	Comandante	2 (2)
	Teniente Coronel	0 (0)
	Coronel	0 (0)
Militar carrera acontecimiento; n° absoluto (%)	Sí	83 (83)
	No	17 (17)
Antigüedad (años) hasta el acontecimiento; Med (IQR)		12,4 (14,9)
	Activo	81 (81)
Situación momento de la evaluación; n° absoluto (%)	Reserva	5 (5)
	Retirado	9 (9)
	Ex militar	5 (5)

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS

Dentro de ellas destacó que casi la mitad de casos de la muestra reconocía una adaptación social insatisfactoria y sobre todo el alto porcentaje (un tercio de la muestra) que no se manifestaba al respecto (Gráfico 16).

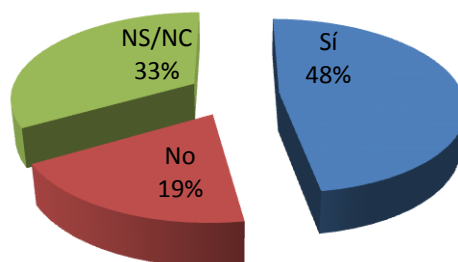


GRÁFICO 16. ADAPTACIÓN SOCIAL INSATISFACTORIA MANIFESTADA POR LA MUESTRA A ESTUDIO.

Por otra parte casi el 38% de pacientes referían tener varios amigos íntimos de ambos sexos (que siempre predominaban sobre los amigos del mismo sexo) y algo más del 13% ninguno. Poco más del 7% no se manifestaba al respecto (Gráfico 17).

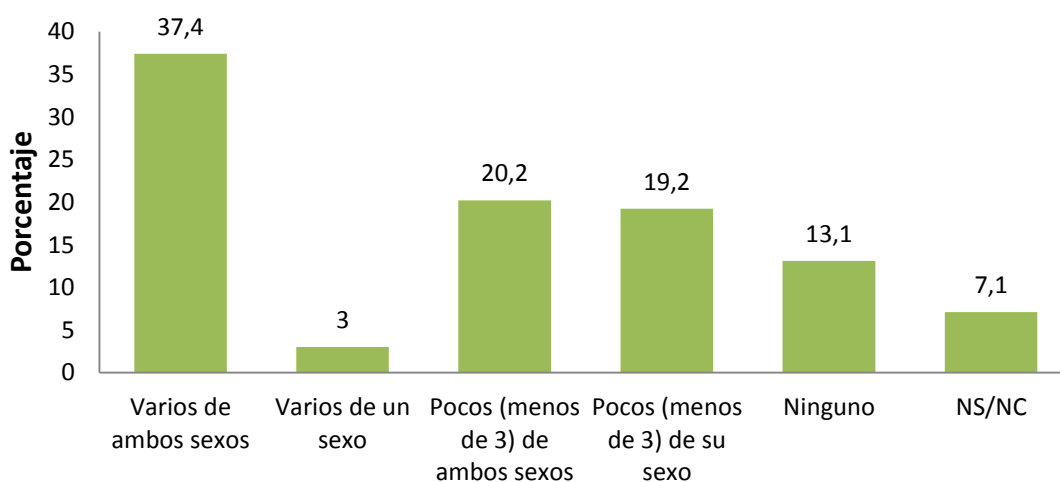


GRÁFICO 17. AMIGOS ÍNTIMOS DE LA MUESTRA A ESTUDIO.

En un amplio porcentaje de casos, alrededor del 60%, éstos manifestaban no participar ni en asuntos culturales ni deportivos en el momento de ser evaluado. Si sumamos la

nula participación y la poca participación esta llega al 76% para asuntos culturales y al 75% para asuntos deportivos, en el momento de ser evaluados (Gráfico 18).

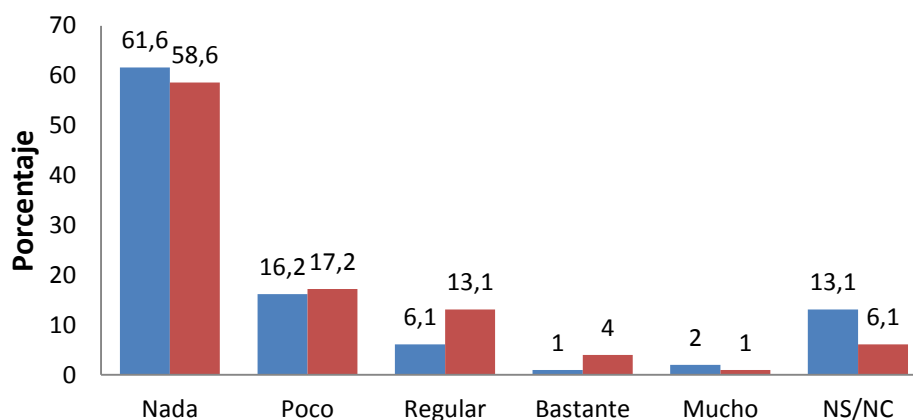


GRÁFICO 18. PARTICIPACIÓN ASUNTOS CULTURALES (AZUL) VS ASUNTOS DEPORTIVOS (ROJO).

De las conductas antisociales destacó que la mayoría, casi un 88%, no habían sido detenidos en ninguna ocasión. Por otra parte, manifestaban haber sido detenidos poco más del 6% de la muestra y en el mismo porcentaje no se contestó a esta pregunta. Sólo el 5% (5 casos) de la muestra fue detenido en 1 ocasión y 1% (1 caso) en 2 ocasiones.

Del aspecto económico sobresalió que la fuente principal de ingresos era el sueldo del peritado y su pareja. Un porcentaje importante de peritados no se manifestaba al respecto de tener problemas económicos graves (Gráfico 19).

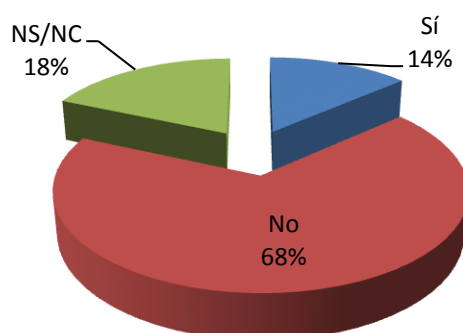


GRÁFICO 19. PRESENCIA DE PROBLEMAS ECONÓMICOS GRAVES EN LA MUESTRA A ESTUDIO.

Las características socioeconómicas de la muestra se pueden observar en la Tabla 5 y en la Tabla 6.

TABLA 5. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DE LA MUESTRA A ESTUDIO

		Sí	47 (47,5)
Adaptación social insatisfactoria; absoluto (%)	nº	No	19 (19,2)
		NS/NC	33 (33,3)
		Varios de ambos sexos	37 (37,4)
		Varios solo de su sexo	3 (3)
Amigos íntimos; nº absoluto (%)		Pocos (menos de 3) de ambos sexos	20 (20,2)
		Pocos (menos de 3) de su sexo	19 (19,2)
		Ninguno	13 (13,1)
		NS/NC	7 (7,1)
		Nada	61 (61,6)
		Poco	16 (16,2)
Participación asuntos culturales; absoluto (%)	nº	Regular	6 (6,1)
		Bastante	1 (1)
		Mucho	2 (2)
		NS/NC	13 (13,1)
		Nada	58 (58,6)
		Poco	17 (17,2)
Participación asuntos deportivos; absoluto (%)	nº	Regular	13 (13,1)
		Bastante	4 (4)
		Mucho	1 (1)
		NS/NC	6 (6,1)

TABLA 6. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DE LA MUESTRA A ESTUDIO (CONTINUACIÓN).

		Sí	6 (6,1)
Detenido en alguna ocasión; absoluto (%)	n°	No	87 (87,9)
		NS/NC	6 (6,1)
		0	94 (94)
Número de detenciones; n° absoluto (%)		1	5 (5)
		2	1 (1)
Edad que tenía cuando fue detenido en la primera vez; \bar{x} (DE)			35,6 (12,3)
		Sueldo del peritado	49 (49)
		Sueldo de la pareja	1 (1)
Principal fuente de ingresos; absoluto (%)	n°	Sueldo del peritado y de la pareja	28 (28)
		Sueldo o pensión de los padres	6 (6,1)
		Sueldo del peritado y de los padres	1 (1)
		NS/NC	14 (14,1)
		Sí	10 (10,1)
Problemas económicos graves; absoluto (%)	n°	No	70 (70,7)
		NS/NC	19 (19,2)

HISTORIA PERSONAL (PSICOBIOGRAFÍA)

Una cuarta parte de los casos a estudio desconocían los aspectos del embarazo mediante el que nacieron. De los que lo conocían prácticamente todos afirmaban que fue normal y sólo un caso manifestó que hubo problema en el mismo (Gráfico 20).

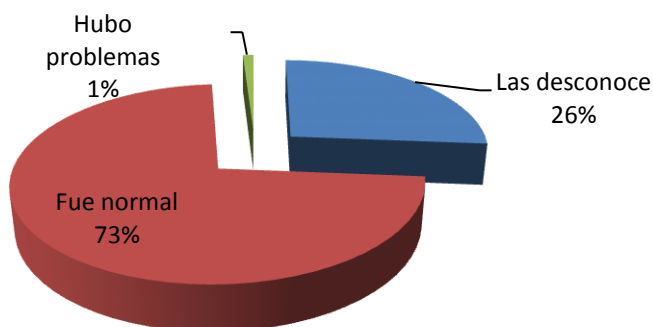


GRÁFICO 20. CARACTERÍSTICAS DEL EMBARAZO DE LOS CASOS DE LA MUESTRA.

El porcentaje de casos de la muestra que desconocía las características del parto mediante el que nacieron cayó, con respecto a las del embarazo, al 20 %. Por otra parte se mantuvieron los que reconocían que fue normal y aumentaron ligeramente los que reconocían problemas en el mismo. Finalmente, en un 3% de los casos se precisó de algún tipo de asistencia (Gráfico 21).

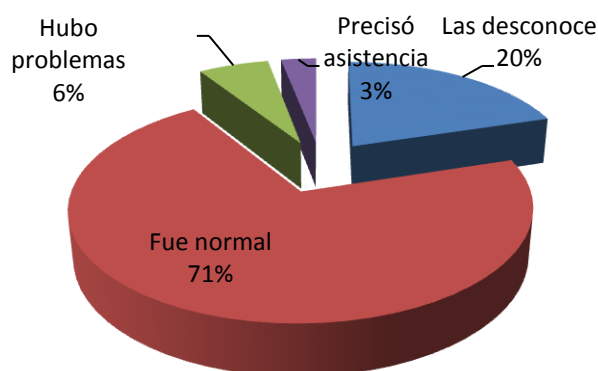


GRÁFICO 21. CARACTERÍSTICAS DEL PARTO DE LOS CASOS DE LA MUESTRA.

En casi un 92% de casos, la población accesible manifestó un desarrollo hasta los 3 años (1ª Infancia) normal. No lo conocía algo más del 8% de los casos y en ninguno de los casos manifestó haber sido problemático (Gráfico 22).

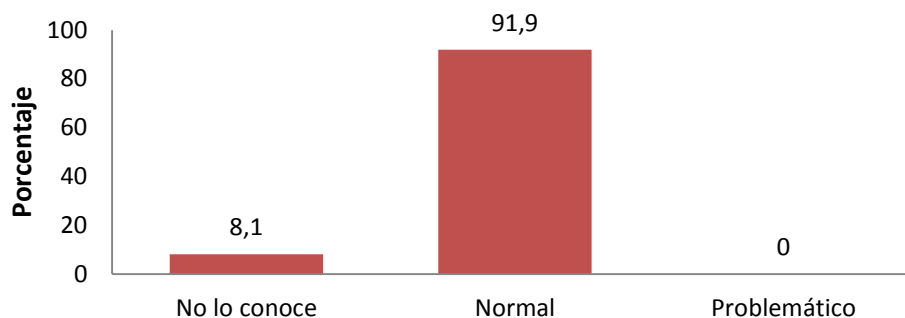


GRÁFICO 22. DESARROLLO HASTA LOS 3 AÑOS (1ª INFANCIA) DE LOS CASOS A ESTUDIO.

Ningún caso de la muestra reconocía haber presentado retraso en andar hasta los 3 años (1ª Infancia), en tanto que el 2% de ellos refería haber sufrido retraso en hablar hasta esa edad. El 3% de la muestra refería inquietud y más del 5% rabietas en la 1ª Infancia. Los casos a estudio no subrayaron haber presentado problemas de sueño durante este periodo y un 3% de ellos señalaron haber presentado problemas en la alimentación. Los problemas en la 1ª Infancia que señalaron los casos a estudio se pueden apreciar en su conjunto en el Gráfico 23 y ello a pesar de no haber manifestado un desarrollo problemático en la 1ª Infancia como se señaló anteriormente.

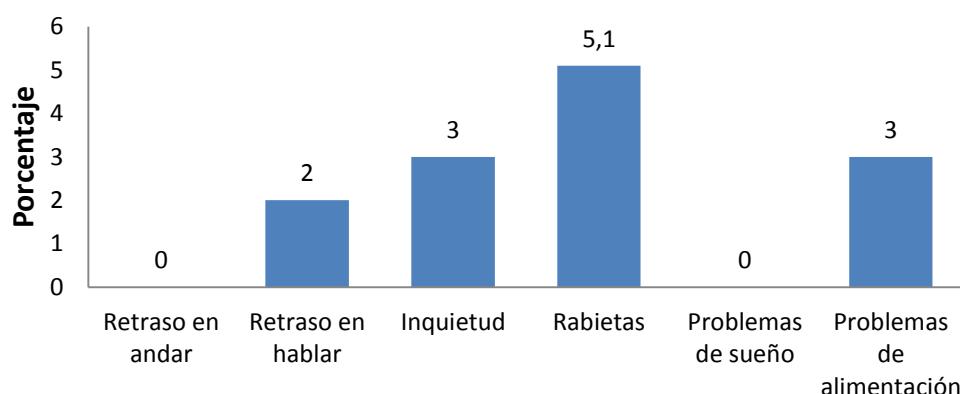


GRÁFICO 23. PROBLEMAS SEÑALADOS HASTA LOS 3 AÑOS (1ª INFANCIA) POR LOS CASOS A ESTUDIO.

Una gran mayoría de la muestra (85 casos), señaló unos recuerdos agradables desde los 3 hasta los 11 años (2ª Infancia). Fueron desagradables y ausentes en el 3% de los casos e indiferentes y sin contestar en el 4% de ella (Gráfico 24).

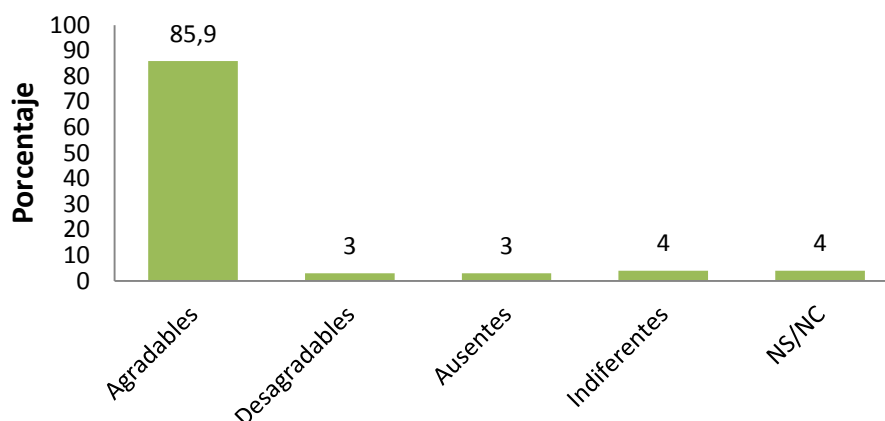


GRÁFICO 24. RECUERDOS DESDE LOS 3 HASTA LOS 11 AÑOS (2ª INFANCIA) DE LA MUESTRA.

Desde los 3 hasta los 11 años (2ª Infancia) poco más de un 6% presentó aislamiento, retraimiento o timidez, un 3% dificultades para el cálculo y las matemáticas, un 2% manifestó tartamudez, sólo un 1% dificultades para la lectura y escritura y no hay ningún caso que haya señalado dificultades para las habilidades motoras (Gráfico 25).

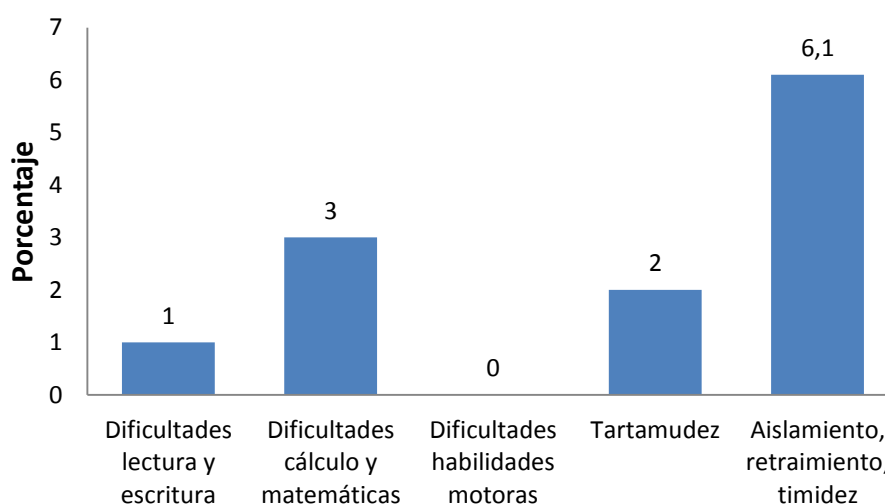


GRÁFICO 25. ASPECTOS OCURRIDOS DESDE LOS 3 HASTA LOS 11 AÑOS (2ª INFANCIA).

Al ser preguntado por si tenía dificultades para relacionarse con los demás desde los 3 hasta los 11 años (2ª Infancia) más de un 5% refirieron que sí, cerca de un 78% que no y más de un 17% no sabían o no contestaron (Gráfico 26).

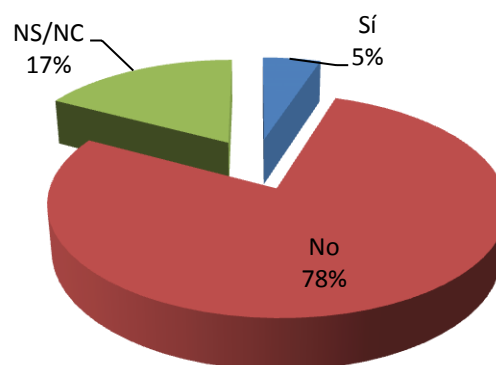


GRÁFICO 26. DIFICULTADES PARA RELACIONARSE DESDE LOS 3 HASTA LOS 11 AÑOS (2ª INFANCIA).

Algo más de un 6% de la muestra respondió que presentó dificultades para mantener la atención y la concentración desde los 3 hasta los 11 años, un 4% inquietud (hiperactividad), un 1% agresividad, peleas y violencia, un 4% pequeños hurtos, algo más de un 5% mentiras frecuentes, un 2% fugas de casa, un 2% problemas de control de la alimentación, un 3% tics y problemas de control de esfínteres, un 1% problemas de sueño, poco más del 6% miedos, temores, fobias y un 1% quejas frecuentes de síntomas físicos durante este periodo (Gráfico 27).

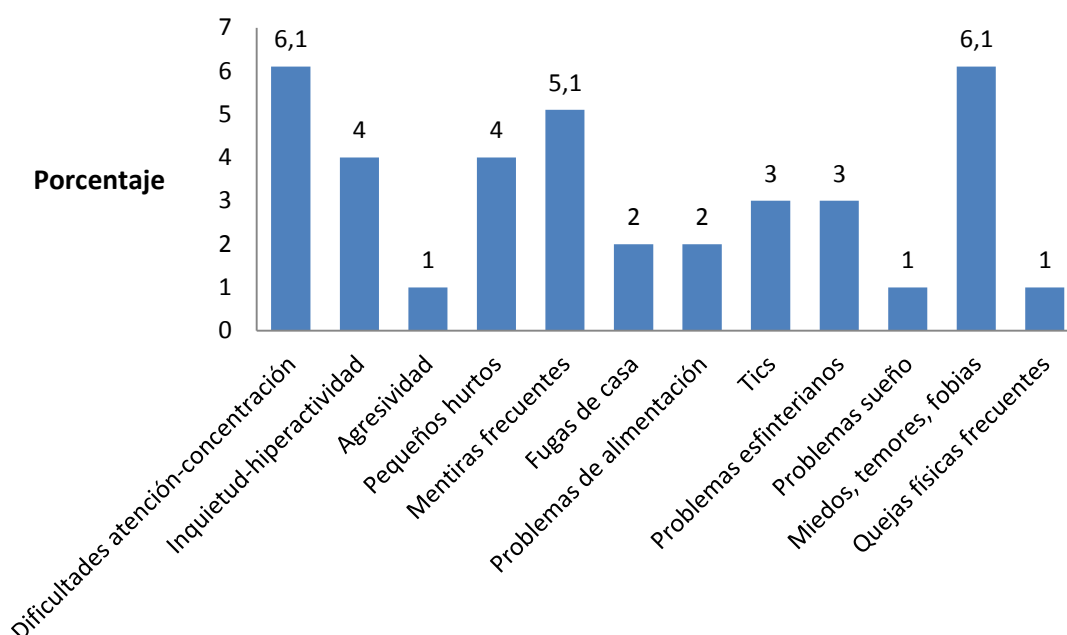


GRÁFICO 27. OTROS ASPECTOS REFERIDOS POR LA MUESTRA A ESTUDIO EN LA 2ª INFANCIA.

Más del 6% de la muestra refería haber presentado absentismo escolar desde los 3 hasta los 11 años pero sólo un 1% de los mismos señaló problemas de adaptación escolar. Por otra parte más de un 5% reconocían haber sufrido retraso escolar en la 2ª infancia sin que en ninguno de los casos se haya referido necesidad de educación especial durante este periodo (Gráfico 28).

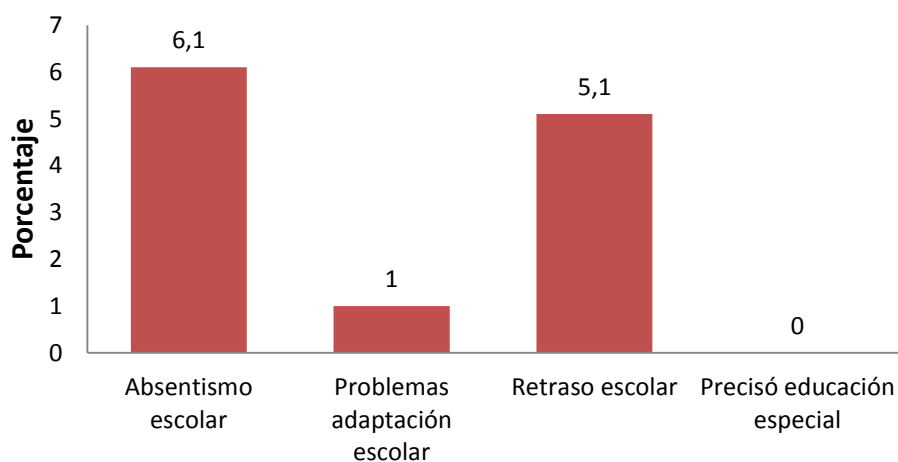


GRÁFICO 28. ASPECTOS ESCOLARES DE LA 2ª INFANCIA DE LA MUESTRA A ESTUDIO.

En cuanto a las relaciones de los casos a estudio con sus padres desde los 3 hasta los 11 años poco más de un 20% las calificó como de muy buenas, casi la mitad de ellos de buenas, algo más de un 18% de normales, un 2% de malas, un 1% de muy malas y algo más del 10% no se manifestó al respecto (Gráfico 29).

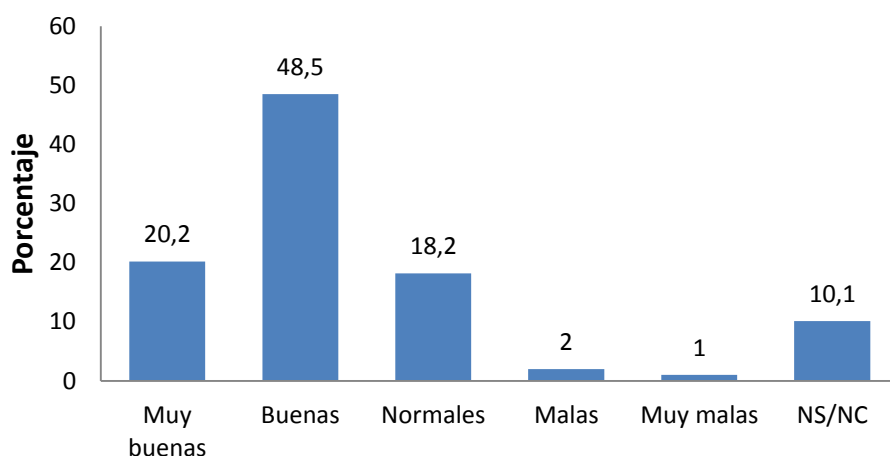


GRÁFICO 29. RELACIONES CON SUS PADRES DE LOS CASOS A ESTUDIO EN LA 2ª INFANCIA.

Algo más de un 8% de los casos manifestaron haber padecido alguna enfermedad importante en la 2ª Infancia y un 3% de los casos un accidente importante (Gráfico 30).

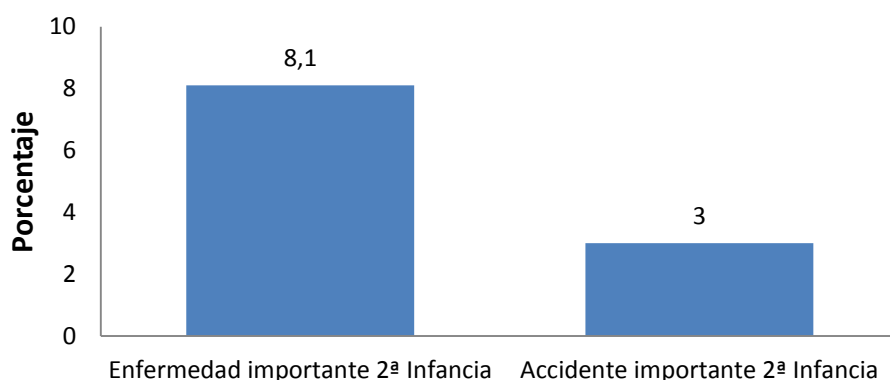


GRÁFICO 30. ENFERMEDAD IMPORTANTE VS ACCIDENTE IMPORTANTE EN LA 2ª INFANCIA.

Los recuerdos de la última infancia y de la adolescencia manifestados por los casos del estudio, no se diferencian mucho de los que manifestaron para la 2ª Infancia pues-

to que, casi el 91% lo consideraron agradables, el 2% desagradables, el 1% ausentes, el 4% indiferentes y NS/NC el 2% (Gráfico 31).

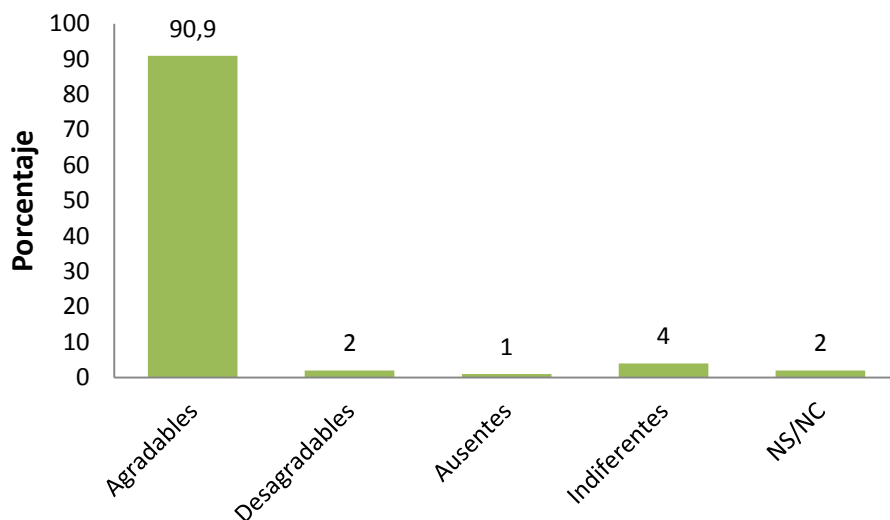


GRÁFICO 31. RECUERDOS DE LA ÚLTIMA INFANCIA Y ADOLESCENCIA DE LOS CASOS A ESTUDIO.

El 13% de los casos reconocían haber presentado dificultades de adaptación escolar durante su última infancia y adolescencia, en tanto que algo más del 80% no la presentaron. Un 5% de ellos no se manifestaron al respecto (Gráfico 32).

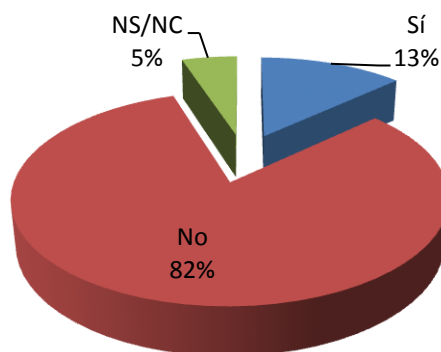


GRÁFICO 32. DIFICULTADES DE ADAPTACIÓN ESCOLAR ÚLTIMA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

Prácticamente el mismo número de casos de la muestra manifestó haber presentado una enfermedad importante y un accidente importante durante la última infancia y la adolescencia (Gráfico 33).

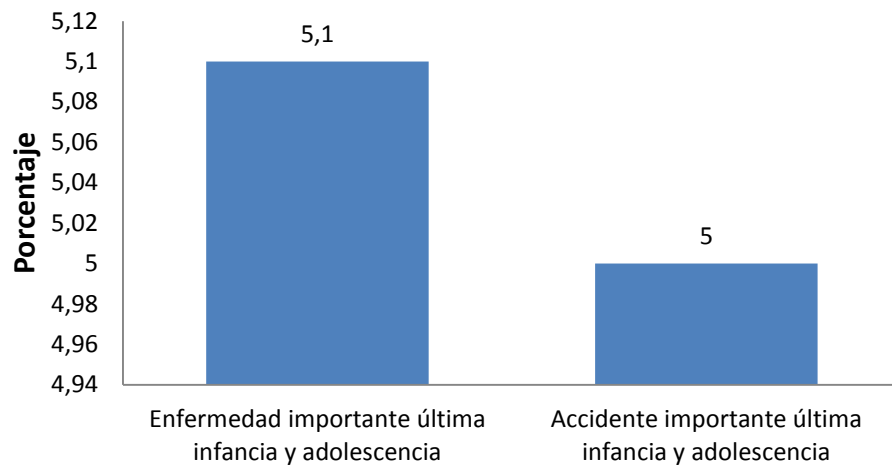


GRÁFICO 33. ENFERMEDAD VS ACCIDENTE EN LA ÚLTIMA INFANCIA Y ADOLESCENCIA.

En la edad adulta los recuerdos agradables y los desagradables compartieron la misma frecuencia de poco menos del 40%. La indiferencia de estos recuerdos ascendió a 10 casos y NS/NC el 13% de la muestra (Gráfico 34).

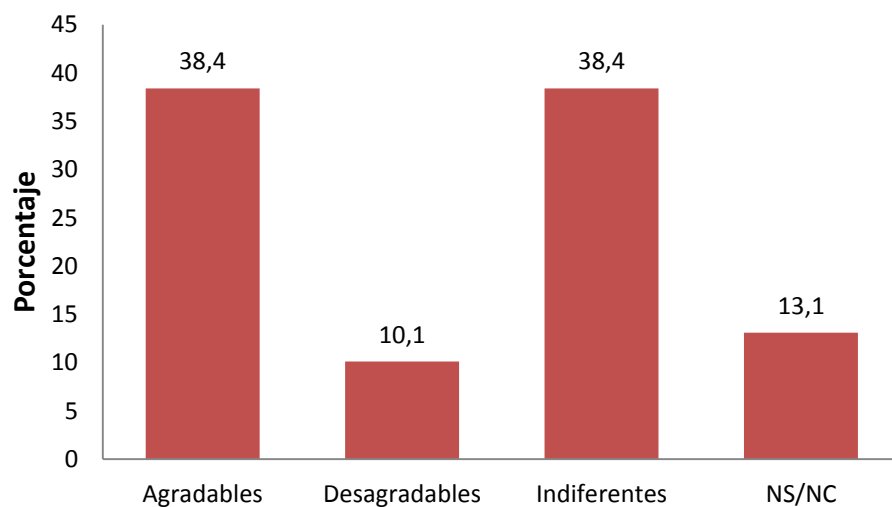


GRÁFICO 34. RECUERDOS DE LA EDAD ADULTA DE LA MUESTRA.

En la edad adulta se señalaron más enfermedades importantes previas al acontecimiento que traumatismos de consideración, en concreto 12 casos frente a 3 (Gráfico 35).

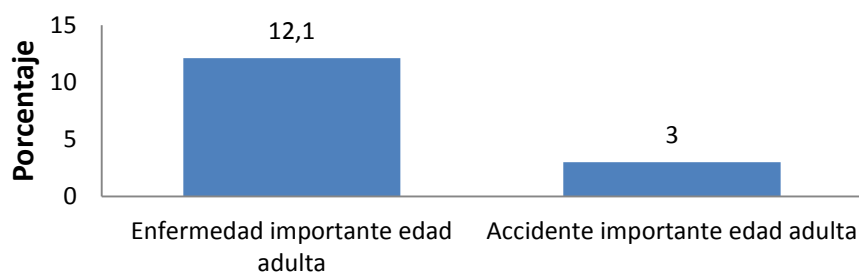


GRÁFICO 35. ENFERMEDAD/ACCIDENTE IMPORTANTE EN LA EDAD ADULTA.

En cuanto al nivel escolar alcanzado por los peritados que fueron incluidos en el estudio, sólo algo más del 7% tenían estudios universitarios concluidos, poco más de un 6% habían iniciado estudios universitarios sin acabarlos y un 3% habían accedido a la universidad por su condición de mayores de 25 años. Casi un 30% de la muestra tenía el bachiller acabado y poco más del 17% sin acabar. Los estudios de FP fueron minoritarios con un 8% de casos acabado y un 5% sin acabar. Por su parte predominaron los estudios primarios en la muestra con casi el 25% de los casos (Gráfico 36).

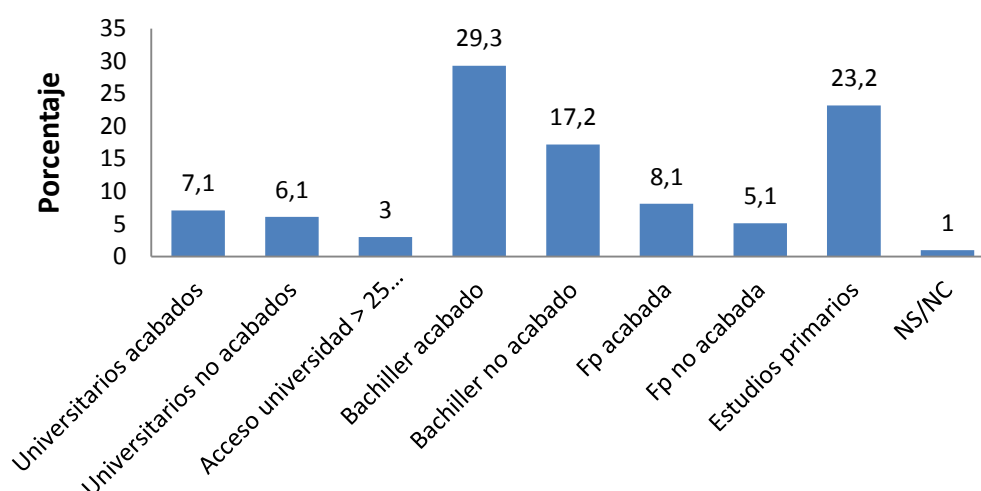


GRÁFICO 36. NIVEL ESCOLAR ALCANZADO POR LA MUESTRA.

Uno de los aspectos más llamativos de la muestra es que la mitad de ella consideraba que su nivel escolar era insuficiente y que sólo alrededor del 35% de ellos estaban satisfechos con el mismo. También resultó sorprendente que casi el 20% no se pronunciara al respecto (Gráfico 37).

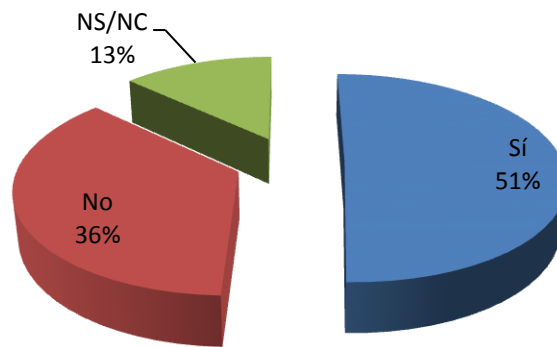


GRÁFICO 37. CONSIDERACIÓN COMO INSUFICIENTE EL NIVEL ESCOLAR DE LA MUESTRA.

Todos los aspectos de la historia personal (psicobiografía) pueden observarse en las Tablas 7 a 10

TABLA 7. HISTORIA PERSONAL (PSICOBIOGRAFÍA) DE LA MUESTRA A ESTUDIO.

Características <i>Embarazo</i> ; n° absoluto (%)	Las desconoce	26 (26,3)
	Fue normal	72 (72,7)
	Hubo problemas	1 (1)
Características <i>Parto</i> ; n° absoluto (%)	Las desconoce	20 (20,2)
	Fue normal	70 (70,7)
	Hubo problemas	6 (6,1)
	Precisó asistencia	3 (3)
Desarrollo hasta los 3 años (<i>1ª infancia</i>); n° absoluto (%)	No lo conoce	8 (8,1)
	Normal	91 (91,9)
	Problemático	0 (0)
Retraso en andar <i>1ª infancia</i> ; Sí/No n° absoluto (%)		0 (0)/99 (100)
Retraso en hablar <i>1ª infancia</i> ; Sí/No n° absoluto (%)		2 (2)/97 (98)
Inquietud <i>1ª infancia</i> ; Sí/No n° absoluto (%)		3 (3)/96 (97)
Rabietas <i>1ª infancia</i> ; Sí/No n° absoluto (%)		5 (5,1)/94 (94,9)
Problemas con el sueño <i>1ª infancia</i> ; Sí/No n° absoluto (%)		0 (0)/99(100)
Problemas alimentación <i>1ª infancia</i> ; Sí/No n° absoluto (%)		3(3)/96(97)
Recuerdos 3-11 años (<i>2ª infancia</i>); n° absoluto (%)	Agradables	85 (85,9)
	Desagradables	3 (3)
	Ausentes	3 (3)
	Indiferentes	4 (4)
	NS/NC	4 (4)

TABLA 8. HISTORIA PERSONAL (PSICOBIOGRAFÍA) DE LA MUESTRA A ESTUDIO (CONTINUACIÓN).

Dificultades lectura y escritura <i>2ª infancia</i> ; Sí/No n° absoluto (%)	1 (1)/98 (99)	
Dificultades cálculo y matemáticas <i>2ª infancia</i> ; Sí/No n° absoluto (%)	3 (3)/96(97)	
Dificultades habilidades motoras <i>2ª infancia</i> ; Sí/No n° absoluto (%)	0 (0)/99(100)	
Tartamudez <i>2ª infancia</i> ; Sí/No n° absoluto (%)	2 (2)/98(98)	
Aislamiento, retraimiento, timidez <i>2ª infancia</i> ; Sí/No n° absoluto (%)	6 (6,1)/93 (93,9)	
	Sí	5 (5,1)
Dificultades para relacionarse <i>2ª infancia</i> ; n° absoluto (%)	No	77 (77,8)
	NS/NC	17 (17,2)
Dificultades atención y concentración <i>2ª infancia</i> Sí/No n° absoluto (%)	6 (6,1)/93 (93,9)	
Inquietud (Hiperactividad) <i>2ª infancia</i> ; Sí/No n° absoluto (%)	4 (4)/95 (96)	
Agresividad, peleas, violencia <i>2ª infancia</i> ; Sí/No n° absoluto (%)	1 (1)/98 (99)	
Pequeños hurtos <i>2ª infancia</i> ; Sí/No n° absoluto (%)	4 (4)/95 (96)	
Mentiras frecuentes <i>2ª infancia</i> ; Sí/No n° absoluto (%)	5 (5,1)/94 (94,9)	
Fugas de casa <i>2ª infancia</i> ; Sí/No n° absoluto (%)	2 (2)/97 (98)	
Problemas control alimentación <i>2ª infancia</i> ; Sí/No n° absoluto (%)	2 (2)/97 (98)	
Tics <i>2ª Infancia</i> ; Sí/No n° absoluto (%)	3 (3)/96 (97)	
Problemas control esfínteres <i>2ª infancia</i> ; Sí/No n° absoluto (%)	3 (3)/96 (97)	
Problemas con el sueño <i>2ª infancia</i> ; Sí/No n° absoluto (%)	1 (1)/98 (99)	
Miedos, temores, fobias <i>2ª infancia</i> ; Sí/No n° absoluto (%)	6 (6,1)/93 (93,9)	
Quejas frecuentes síntomas físicos <i>2ª infancia</i> ; Sí/No n° absoluto (%)	1 (1)/98 (99)	
Absentismo escolar <i>2ª infancia</i> ; Sí/No n° absoluto (%)	6 (6,1)/93(93,9)	
Problemas de adaptación escolar <i>2ª infancia</i> ; Sí/No n° absoluto (%)	1 (1)/98 (99)	

TABLA 9. HISTORIA PERSONAL (PSICOBIOGRAFÍA) DE LA MUESTRA A ESTUDIO (CONTINUACIÓN).

Retraso escolar <i>2ª infancia</i> ; Sí/No n° absoluto (%)	5 (5,1)/94 (94,9)	
Precisó educación especial <i>2ª infancia</i> ; Sí/No n° absoluto (%)	0(0)/99(100)	
Relaciones con padres <i>2ª infancia</i> ; n° absoluto (%)	Muy buenas	20 (20,2)
	Buenas	48 (48,5)
	Normales	18 (18,2)
	Malas	2 (2)
	Muy malas	1 (1)
	NS/NC	10 (10,1)
Enfermedad importante en la <i>2ª infancia</i> ; Sí/No n° absoluto (%)	8 (8,1)/91 (91,9)	
Accidente grave en la <i>2ª infancia</i> ; Sí/No n° absoluto (%)	3 (3)/96 (97)	
Recuerdos de la <i>última infancia</i> y de la <i>adolescencia</i> ; n° absoluto (%)	Agradables	90 (90,9)
	Desagradables	2 (2)
	Ausentes	1 (1)
	Indiferentes	4 (4)
	NS/NC	2 (2)
Dificultades adaptación <i>última infancia</i> y <i>adolescencia</i> ; n° absoluto (%)	Sí	13 (13,1)
	No	81 (81,8)
	NS/NC	5 (5,1)
Enfermedad importante <i>última infancia</i> y <i>adolescencia</i> ; n° absoluto (%)	Sí	5 (5,1)
	No	93 (93,9)
	NS/NC	1 (1)

TABLA 10. HISTORIA PERSONAL (PSICOBIOGRAFÍA) DE LA MUESTRA A ESTUDIO (CONTINUACIÓN).

Accidente importante <i>última infancia y adolescencia</i> ; Sí/No absoluto (%)	nº	5 (5)/94 (94,9)
	Agradables	38 (38,4)
Recuerdos <i>edad adulta</i> ; nº absoluto (%)	Indiferentes	10 (10,1)
	Desagradables	38 (38,4)
	NS/NC	13 (13,1)
Enfermedad importante <i>edad adulta</i> ; Sí/No nº absoluto (%)		12 (12,1)/87 (87,9)
Traumatismo importante <i>edad adulta</i> ; Sí/No nº absoluto (%)		3 (3)/96 (97)
	Universitario acabado	7 (7,1)
	Universitario no acabado	6 (6,1)
	Universidad >25 años	3 (3)
	Bachiller acabado	29 (29,3)
Nivel escolar alcanzado; nº absoluto (%)	Bachiller no acabado	17 (17,2)
	Fp acabado	8 (8,1)
	FP no acabado	5 (5,1)
	Estudios primarios	23 (23,2)
	NS/NC/	1 (1)
	Sí	50 (50,5)
Considera insuficiente su nivel escolar; nº absoluto (%)	No	36 (36,4)
	NS/NC	13 (13,1)

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El número medio de bajas médicas en el medio militar y previas al acontecimiento, en los pocos casos en los que se dispone de este dato, se acercó a 6 bajas. El número de bajas médicas previas más frecuente en la muestra fue de ninguna con casi un cuarto de los sujetos a estudio. Le siguió en frecuencia 2 bajas médicas y 6 bajas médicas con casi el 15% de los casos de la muestra en ambos casos.

Pasaron generalmente muy pocos días desde que se produjo el acontecimiento hasta que al peritado le otorgaron la baja médica, con una mediana de 2 días. Sin embargo el rango intercuartílico es muy amplio (564 días), con un máximo de más de 8.700 días.

El motivo principal de baja tras el acontecimiento fueron las secuelas psíquicas en más de un 65% de los casos. Las secuelas físicas provocaron prácticamente el 25% de las bajas iniciales y una combinación de ambas el resto (GRÁFICO 38).

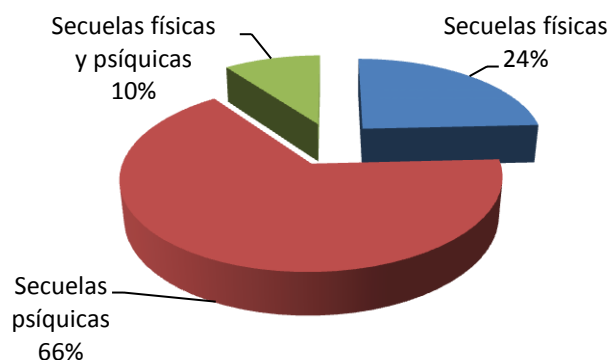


GRÁFICO 38. MOTIVO DE LA BAJA INICIAL TRAS EL ACONTECIMIENTO.

A poco más del 62% de los casos de la muestra a estudio no les fue otorgada el alta médica tras la baja inicial (Gráfico 39).

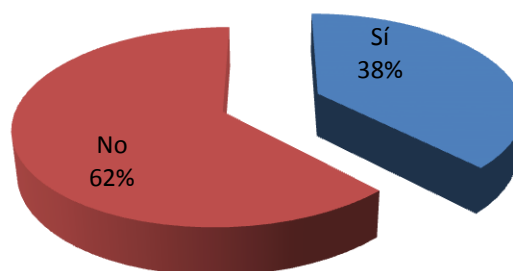


GRÁFICO 39. ALTA POSTERIOR A LA BAJA INICIAL DE LOS CASOS A ESTUDIO.

En las ocasiones en las que el peritado fue dado de alta tras la baja inicial, pasaron unos 3 meses de media hasta que eso ocurrió, con un rango intercuartílico también muy amplio, aunque menor que en el caso de días que pasan desde el acontecimiento hasta la baja inicial (147 días).

Casi el 90% de los casos del estudio manifestaban estar siendo medicados con psicofármacos en el momento de ser reconocidos en la JMPP (Gráfico 40).

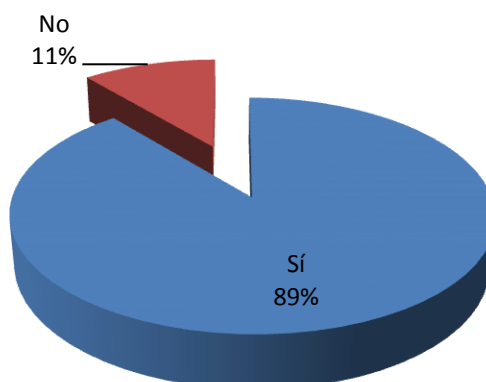


GRÁFICO 40. MEDICACIÓN PSICOFARMACOLÓGICA AL SER RECONOCIDOS EN LA JMPP.

En sólo 7 ocasiones los sujetos de la muestra fueron ingresados por motivos psiquiátricos tras sufrir la exposición al acontecimiento relacionado con el TPR. De estos

casos 4 fueron TEPT, 2 de TPP y en 1 caso OT (Gráfico 41). Por otra parte el número de hospitalizaciones fue escaso. El número máximo de hospitalizaciones fue de 3 en uno de los casos de TEPT, 2 hospitalizaciones sufre un caso de TPP y el resto sólo fueron hospitalizados en 1 ocasión.

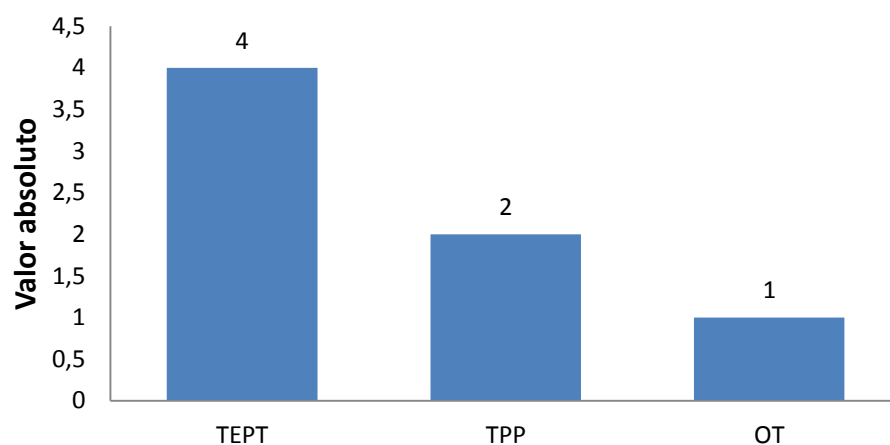


GRÁFICO 41. TPR QUE FUERON OBJETO DE HOSPITALIZACIÓN.

Las características clínicas incluidas en este trabajo están incluidas en la Tabla 11 y en la Tabla 12.

TABLA 11. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA MUESTRA A ESTUDIO.

Número de bajas médicas previas al acontecimiento \bar{x} (DE) Md		5,93 (7,27) 3
0		7 (24,1)
1		3 (10,3)
2		4 (13,8)
3		2 (6,9)
4		1 (3,4)
Número de bajas previas; nº absoluto (%)	6	4 (13,8)
	9	1 (3,4)
	10	2 (6,9)
	15	1 (3,4)
	16	1 (3,4)
	19	1 (3,4)
	20	1 (3,4)
	28	1 (3,4)
Días desde el acontecimiento hasta la baja inicial Md (IQR)		2 (564)
Secuelas físicas		24 (24,2)
Motivo de la baja inicial; nº absoluto (%)	Secuelas psíquicas	65 (65,7)
	Secuelas físicas y psíquicas	10 (10,1)
Alta posterior a la baja inicial; Sí/No nº absoluto (%)		37 (37,8)/61 (62,2)
Días desde la baja inicial hasta el alta Md(IQR)		92 (147)

TABLA 12. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA MUESTRA A ESTUDIO (CONTINUACIÓN).

Medicación momento del reconocimiento JMPP; Sí/No n° absoluto (%)	89 (89)/11 (11)
Hospitalizado tras acontecimiento por causa psiquiátrica; Sí/No absoluto (%)	n° 7 (7)/93 (93)
Número de hospitalizaciones PSQ; \bar{x} (DE) Md	0,10 (0,41) 0,00
	0 93 (93)
Número de hospitalizaciones PSQ; n° absoluto (%)	1 5 (5)
	2 1 (1)
	3 1 (1)

CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS

El diagnóstico más frecuente que realizaron las diferentes JMPO's, fue el de un TADP, con entre el 24 y el 23% de los casos. A este diagnóstico le siguió en frecuencia el de TEPT y el de TAD, con algo más del 17% de los casos, y los TDP y OT con poco más del 13%. Los TA y los TD aislados fueron escasos, con poco más del 8% y del 6% respectivamente. Y finalmente sólo se diagnosticó 1 caso de TPP (Gráfico 42).

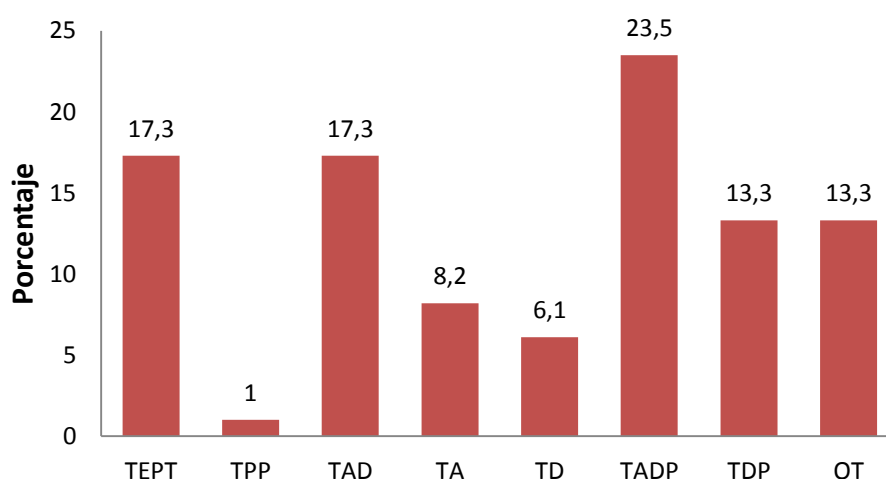


GRÁFICO 42. DIAGNÓSTICOS DE LAS JUNTA MÉDICO PERICIALES ORDINARIAS (JMPO'S).

El porcentaje de discapacidad medio que asignaron las JMPO's fue de poco más del 24%. Sólo reconocieron relación de causalidad entre el trastorno diagnosticado y un acontecimiento concreto en cerca del 28% de los casos, en tanto que la JMPP lo hizo, como criterio de inclusión de este trabajo, en el 100% de ellos (Gráfico 43).

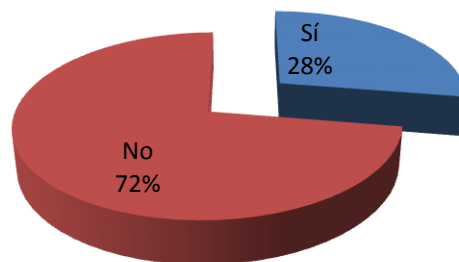


GRÁFICO 43. RELACIÓN DE CAUSALIDAD APRECIADA POR LAS JMPO'S EN LOS CASOS A ESTUDIO.

Solo el 17% de la muestra había acudido de forma voluntaria para ser valorado por los equipos de valoración de las CCAA y el porcentaje medio de discapacidad asignado por los mismos fue de más del 46% (Gráfico 45).

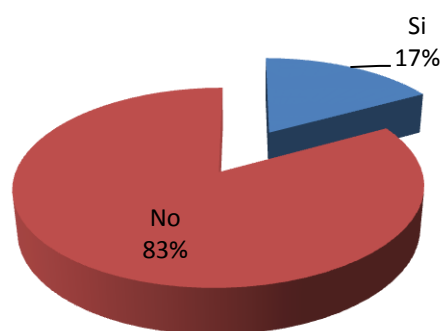


GRÁFICO 44. VALORACIÓN POR LOS EVOS'S DE LAS CCAA DE LOS CASOS A ESTUDIO.

El motivo de valoración en la JMPP fueron las alegaciones del peritado en un 60% de los casos, le siguieron las institucionales con un 26% de casos (Gráfico 45).

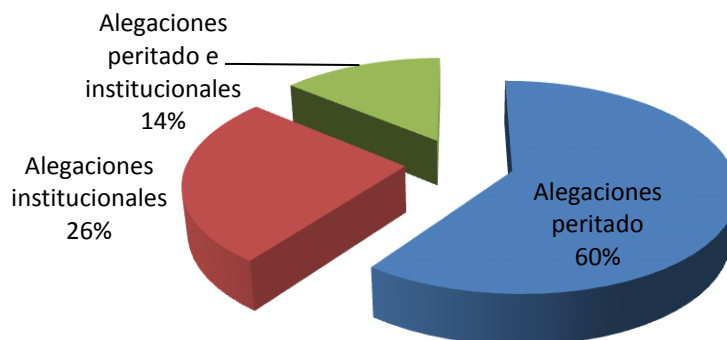


GRÁFICO 45. CAUSA DEL RECONOCIMIENTO EN LA JMPP.

En cuanto al diagnóstico del cuadro reactivo que finalmente diagnosticó la JMPP, lo más diagnosticó fue un TEPT con casi un 25% de los casos. En el 20% de casos un TDP, en el 14% un TADP, en el 13% una TPP y en el 11% de casos un TADP. Los trastornos de ansiedad y de depresión aislados fueron muy escasos con un 3 y un 5% de la muestra. Finalmente un 10% de los casos fueron diagnosticados de otros trastornos distintos, en los que la influencia del acontecimiento es menor (Gráfico 46).

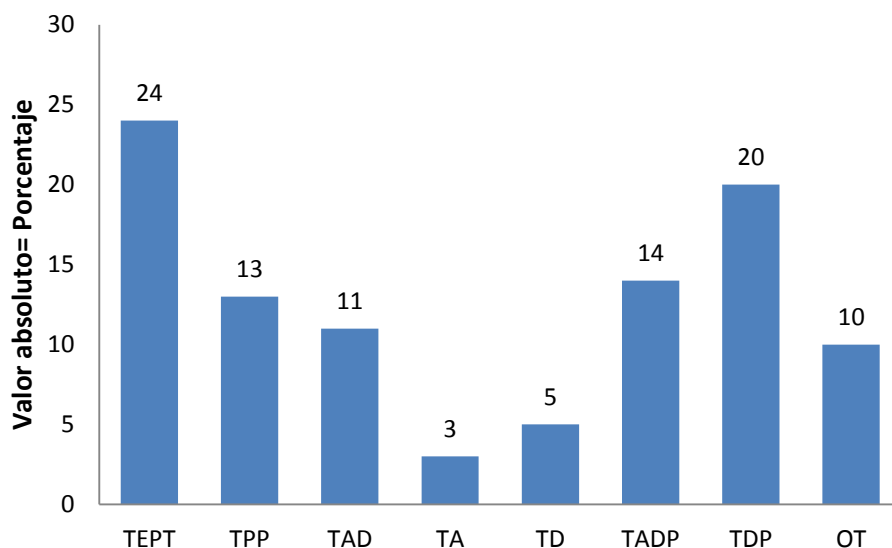


GRÁFICO 46. DIAGNÓSTICOS DE LA JMPP.

En el siguiente gráfico se puede observar como las diferencias entre los diagnósticos de las distintas JMPO's y la JMPP son apreciables a simple vista especialmente en algunos cuadros como la TPP y el TADP (Gráfico 47).

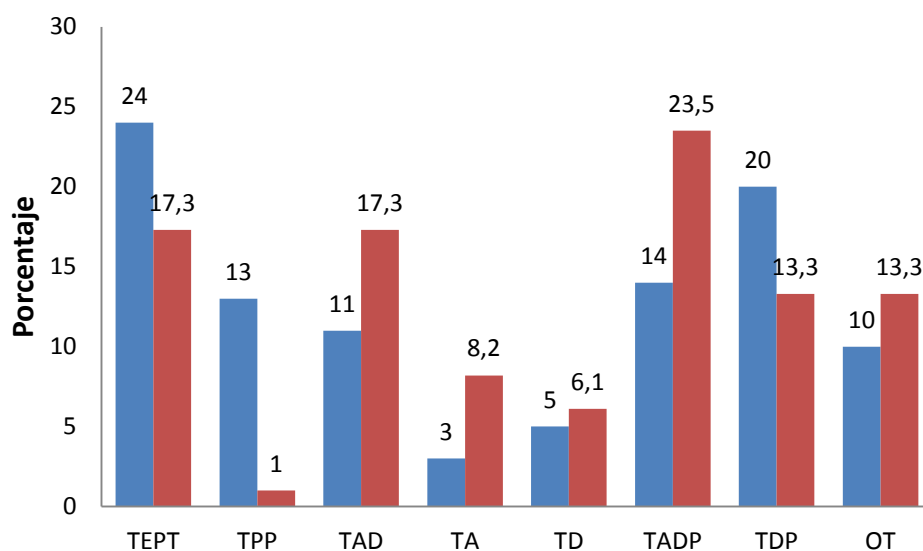


GRÁFICO 47. DIAGNÓSTICOS DE LA JMPP (AZUL) Y DE LAS JMPO'S (ROJO).

El porcentaje de discapacidad medio que asignaron los distintos órganos evaluadores varió mucho desde el 24,33% otorgado por las JMPO's, el 46,35% de los EVO's de las CCAA (cuando fueron evaluados por ellos) y el 33,23% asignado por la JMPP (Gráfico 48).

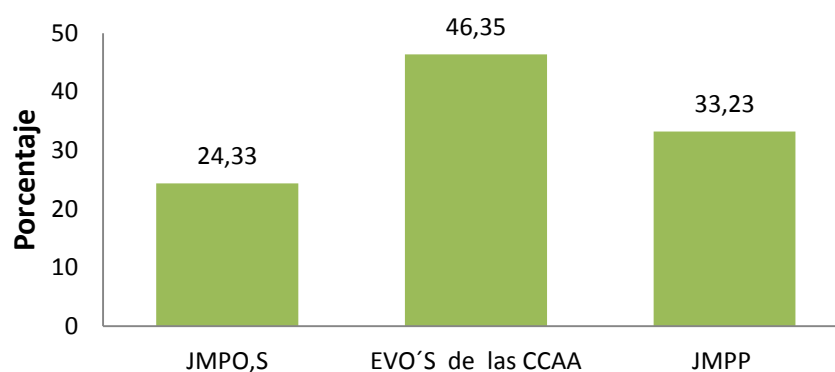


GRÁFICO 48. PORCENTAJE MEDIO DE DISCAPACIDAD ASIGNADO POR LAS JMPO'S, EVO'S Y JMPP.

Las características diagnósticas de los distintos casos aparecen en la Tabla 13, en la Tabla 14, en la Tabla 15, en la Tabla 16 y en la Tabla 17.

TABLA 13. CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS DE LA MUESTRA A ESTUDIO.

	TEPT	17 (17,3)
	TPP	1 (1)
	TAD	17 (17,3)
Diagnósticos JMPO's; nº absoluto (%)	TA	8 (8,2)
	TD	6 (6,1)
	TADP	23 (23,5)
	TDP	13 (13,3)
	OT	13 (13,3)
Porcentaje de discapacidad JMPO's; \bar{x} (DE)		24,33 (15,21)

TABLA 14. CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS DE LA MUESTRA A ESTUDIO (CONTINUACIÓN).

	0	7 (7,4)
	2	1 (1,1)
	5	9 (9,5)
	10	4 (4,2)
	14	1 (1,1)
	15	5 (5,3)
	20	11 (11,6)
	24	1 (1,1)
Porcentaje de discapacidad JMPO's; n° absoluto (%)	25	24 (25,3)
	30	8 (8,4)
	33	1 (1,1)
	35	6 (6,3)
	36	1 (1,1)
	40	8 (8,4)
	45	3 (3,2)
	59	1 (1,1)
	60	1 (1,1)
	65	1 (1,1)
	66	1 (1,1)
	68	1 (1,1)
Relación causa-efecto reconocida en JMPO's; Sí /No n° absoluto (%)	27(27,6)/71 (72,4)	

TABLA 15. CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS DE LA MUESTRA A ESTUDIO (CONTINUACIÓN).

Valorado por EVO's CCAA; Sí/No n° absoluto (%)	17 (17)/83 (83)	
Porcentaje de discapacidad EVO's CCAA; \bar{x} (DE) Md	46,35 (15,11) 42	
	24	1 (7,1)
	30	1 (7,1)
	33	1 (7,1)
	35	1 (7,1)
	39	1 (7,1)
% de discapacidad EVO's CCAA; n° absoluto (%)	40	2 (14,3)
	44	1 (7,1)
	50	2 (14,3)
	56	1 (7,1)
	65	1 (7,1)
	68	1 (7,1)
	75	1 (7,1)

TABLA 16. CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS DE LA MUESTRA A ESTUDIO (CONTINUACIÓN).

	Alegaciones peritado	60 (60)
Motivo reconocimiento JMPP; n° absoluto (%)	Alegaciones institucionales	26 (26)
	Alegaciones de ambos	14 (14)
	TEPT	24 (24)
	TPP	13 (13)
	TAD	11 (11)
Diagnósticos JMPP; n° absoluto (%)	TA	3 (3)
	TD	5 (5)
	TADP	14 (14)
	TDP	20 (20)
	OT	10 (10)
Porcentaje de discapacidad JMPP; \bar{x} (DE)	34,23 (11,77)	

TABLA 17. CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS DE LA MUESTRA A ESTUDIO (CONTINUACIÓN).

	0	1 (1)
	5	1 (1)
	10	2 (2)
	20	6 (6,1)
	24	4 (4)
	25	15 (15,2)
	30	9 (9,1)
	33	15 (15,2)
% de discapacidad JMPP; n° absoluto (%)	35	12 (12,1)
	36	1 (1)
	40	11 (11,1)
	45	9 (9,1)
	48	1 (1)
	50	7 (7)
	55	1 (1)
	59	1 (1)
	60	1 (1)
	65	1 (1)
	70	1 (1)

INFLUENCIA DEL TIPO DE ACONTECIMIENTO SUFRIDO Y EL CUADRO CLÍNICO DIAGNOSTICADO EN LA JMPP

Al estudiar si existe relación entre el acontecimiento y un determinado trastorno psiquiátrico reactivo (Tabla 18), no se encontró una asociación estadísticamente significativa ($P=0,067$).

TABLA 18. ACONTECIMIENTO VS TRASTORNO PSIQUIÁTRICO REACTIVO.

	TEPT	TPP	TAD	TA	TD	TADP	TDP	OT
Atentado terrorista	6(31,6%)	7(36,8%)	0(0%)	1(5,3%)	1(5,3%)	2(10,5%)	2(10,5%)	0(0%)
Escenario bélico	6(85,7%)	1(14,3%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
Accidente lugar destino	7(33,3%)	1(4,8%)	3(14,3%)	1(4,8%)	0(0%)	3(14,3%)	4(19%)	2(9,5%)
Accidente “in itinere”	2(25%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	2(25%)	1(12,5%)	1(12,5%)	2(25%)
Entorno laboral desagradable	0(0%)	1(4,3%)	4(17,4%)	1(4,3%)	1(4,3%)	5(21,7%)	8(34,8%)	3(13%)
Características destino	0(0%)	3(20%)	3(20%)	0(0%)	1(6,7%)	2(13,3%)	3(20%)	3(20%)
Accidente grave familiar	1(100%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
Agresión	2(50%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	1(25%)	1(25%)	0(0%)
Encarcelamiento	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)	1(100%)	0(0%)

Ahora bien, aunque esta distribución pueda ser debida al azar, sí se observó que determinados acontecimientos se relacionan con un porcentaje muy elevado de algunos trastornos psiquiátricos reactivos. Así en nuestra muestra los atentados terroristas, en más

de un 68% de los casos provocaron un TEPT o una TPP y los escenarios bélicos, en más del 85% de los casos dieron lugar a un TEPT (Gráfico 49 y Gráfico 50).

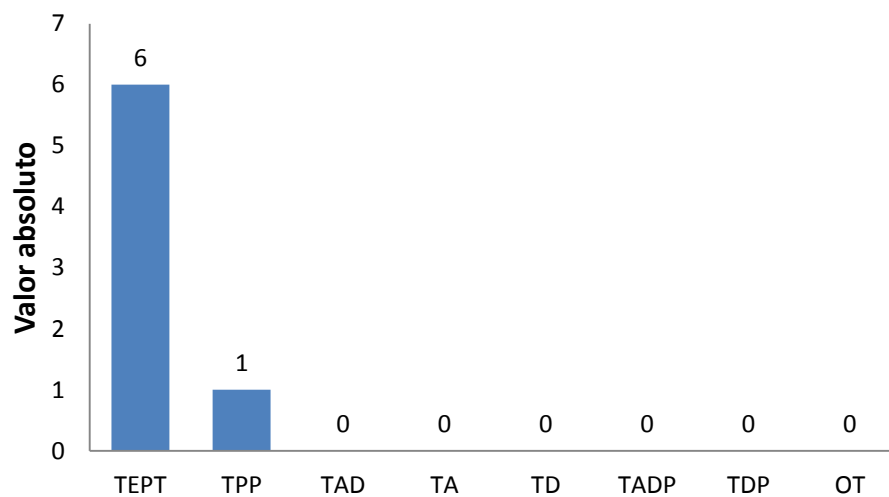


GRÁFICO 49. TPR OCASIONADOS POR ATENTADO TERRORISTA EN LA MUESTRA A ESTUDIO.

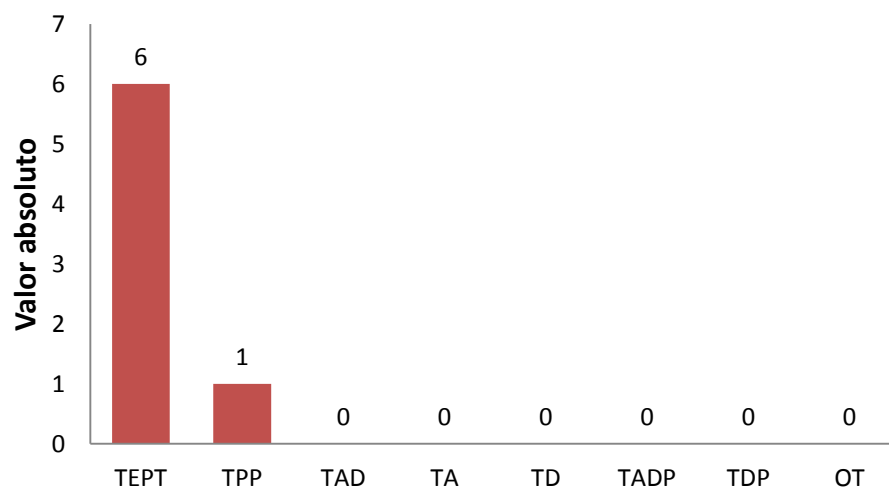


GRÁFICO 50. TPR PROVOCADOS POR ESCENARIO BÉLICO EN LA MUESTRA A ESTUDIO.

Para poder determinar la posible asociación entre un acontecimiento y un trastorno psiquiátrico reactivo se consideró conveniente proceder a agrupar tanto los acontecimientos como los diagnósticos de la JMPP. Así los acontecimientos pareció lógico agruparlos en función de la similitud de la intensidad, magnitud y calidad de los mismos en los siguientes grupos; 1) Atentado terrorista y Escenario bélico, 2) Accidente en el lugar de destino y Accidente “*in itinere*”, 3) Entornos laborales desagradables u hostiles 4) Características-condiciones del destino y 5) Otros Acontecimientos. Por otra parte los trastornos psiquiátricos reactivos pareció razonable agruparlos en función de sus características clínicas y de su gravedad en los siguientes grupos; 1) TEPT y TPP, 2) TAD, 3) Trastornos de corte ansiosa; trastornos ansiosos (TA y TADP), 4) Trastornos de corte depresiva; trastornos depresivos (TD y TDP) y 5) Otros Trastornos (Tabla 19).

Con esta agrupación sí se obtuvo una asociación estadísticamente significativa entre los acontecimientos agrupados y los TPR agrupados ($p= 0,003$). Casi un 80% de los atentados terroristas y escenarios bélicos provocaron una TEPT o una TPP. El resto se distribuyó a partes iguales 11,5% entre Trastornos de la corte ansiosa y trastornos de la corte depresiva. Un tercio de los accidentes manifestaron TEP o TPP y un 24% un trastorno de la corte depresiva. Los entornos laborales desagradables u hostiles en casi un 40% de los casos ocasionaron un trastorno de la corte depresiva y un 26% de la corte ansiosa. Las características-condiciones del destino se distribuyeron de manera más o menos uniforme entre los distintos trastornos.

TABLA 19. ACONTECIMIENTOS AGRUPADOS VS TPR AGRUPADOS.

	TEPT-TPP	TAD	T. ansiosos	T. depresivos	OT
Atentado-escenario bélico	20 (76,9%)	0(0%)	3 (11,5%)	3 (11,5%)	0 (0%)
Accidente destino-in itinere	10 (34,5%)	3 (10,3%)	5 (17,2%)	7 (24,1%)	4(13,8%)
Entorno laboral desagradable	1 (4,3%)	4 (17,4%)	6 (26,1%)	9 (39,1%)	3 (13%)
Características destino	3 (20%)	3 (20%)	2 (13,3%)	4 (26,7%)	3 (20%)
Otros acontecimientos	1 (50%)	0 (0%)	1 (16,7%)	2 (33,3%)	0 (0%)

INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS PERSONALES, PROFESIONALES Y SOCIOECONÓMICAS Y DE LA HISTORIA PERSONAL (PSICOBIOGRAFÍA) DE LOS SUJETOS PERITADOS, RESPECTO DEL CUADRO CLÍNICO DESARROLLADO POSTERIORMENTE

Debido a la gran cantidad de variables de control y de antecedentes personales incluidos en el presente estudio, se hizo necesaria una selección de las mismas que resultara manejable para la consecución de este objetivo. Las variables que se eligieron fueron aquellas que, en un primer análisis, evidenciaron relaciones estadísticas bivariadas con la aparición de algún TPR (evitando obviamente aquellas en las que no se contabilizó ningún caso) y fueron: Sexo, edad a la que sucede el acontecimiento, pareja estable, número total de hermanos, número de hijos, ejército, empleo, militar permanente, antigüedad en años hasta que sucede acontecimiento, adaptación social insatisfactoria, parto, inquietud hasta los 3 años (1ª Infancia), rabietas en la 1ª Infancia, recuerdos desde los 3 hasta los 11 años (2ª Infancia), aislamiento- retraimiento -timidez en la 2ª Infancia, dificultades para mantener la atención y la concentración en la 2ª Infancia, inquietud-hiperactividad en la 2ª Infancia, agresividad-violencia-peleas en la 2ª Infancia, absentismo escolar en la 2ª Infancia, miedos-fobias en la 2ª Infancia, problemas de adaptación escolar en la 2ª Infancia, relación con los padres en la 2ª Infancia, recuerdos de la última infancia y adolescencia, dificultades de adaptación escolar en la última infancia y adolescencia, recuerdos de la edad adulta y nivel escolar alcanzado.

Para determinar esta influencia, Se realizaron 4 modelos de regresión logística, uno para cada uno de los 4 primeros grupos de TPR agrupados (se desechó el grupo de OT). Dentro de cada modelo fueron candidatas aquellas variables de las referidas, que en el análisis bivariado, obtuvieran una $p < 0,25137$. Estas candidaturas se reflejan en las tablas 20 y 21.

TABLA 20. VARIABLES INCLUIDAS EN CADA MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA.

	TEPT-TPP	TAD	T. Ansiosos	T. Depresivos
Sexo	No	Sí	No	No
Edad acontecimiento	Sí	No	No	No
Pareja estable	No	No	No	No
Nº hermanos	No	Sí	Sí	No
Nº de hijos	No	Sí	No	No
Ejército	Sí	No	No	No
Empleo	No	No	No	No
Militar permanente	No	No	No	No
Antigüedad FAS o GC (años)	Sí	No	No	No
Adaptación Social insatisfactoria	No	No	No	No
Parto	Sí	Sí	Sí	Sí
Inquietud hasta los 3 años	No	No	No	No
Rabietas 1ª Infancia	No	No	No	No
Recuerdos 3-11 años (2ª Infancia)	No	Sí	No	Sí
Aislamiento-Retraimiento-Timidez Infancia	2ª Sí	No	No	No
Dificultades atención-concentración Infancia	2ª No	Si	No	Sí
Inquietud-hiperactividad 2ª Infancia	No	Sí	No	No
Agresividad 2ª Infancia	No	No	No	Sí
Absentismo escolar 2ª Infancia	No	No	No	Sí

TABLA 21. VARIABLES INCLUIDAS EN CADA MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA (CONTINUACIÓN).

	TEPT-TPP	TAD	T. Ansiosos	T. Depresivos
Miedos, fobias 2ª Infancia	No	No	No	No
Problemas de adaptación escolar 2ª Infancia	No	No	No	Sí
Relaciones con los padres 2ª Infancia	Sí	No	No	No
Recuerdos última infancia y adolescencia	Sí	No	Sí	No
Dificultades adaptación escolar última infancia y adolescencia	No	No	No	Sí
Recuerdos edad adulta	No	Sí	No	Sí
Nivel escolar alcanzado	No	No	No	No

a) Primer modelo (TEPT-TPP)

- Variable dependiente: TEPT-TPP
- Variables independientes:
 - Edad acontecimiento
 - Ejército
 - Antigüedad en años hasta que sucede el acontecimiento
 - Parto
 - Aislamiento-retraimiento-timidez en la 2ª Infancia
 - Relaciones con los padres en la 2ª Infancia
 - Recuerdos de la última infancia y de la adolescencia

De todas las variables independientes candidatas, solo quedaron las variables Ejército (GC sí o no), Parto (Normal o No normal-hubo problemas y/o precisó ayuda) y aislamiento, retraimiento, timidez en la 2ª Infancia (Sí o No) en el 5º y último paso del modelo. Las 2 últimas variables pese a no ser significativa su presencia quedan dentro del modelo por afectar directamente a la relación de la variable Ejército (GC sí o no) con la presencia de TEPT-TPP. Según este modelo ser Guardia civil implica 5 veces más riesgo de presentar un TEPT-TPP que no

serlo dentro del medio militar. Por tanto se trata de un factor predictivo positivo. Los pasos seguidos en este modelo pueden apreciarse en la Tabla 22.

TABLA 22. MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA PARA LOS TEPT-TPP.

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	IC 95% EXP (B)	Inf. y Sup.
Paso 1(a)	Parto 2 cat(1)	1,270	,694	3,350	1	,067	3,560	,914	13,865
	Aislamiento, retraimiento, timidez 2ªINF(1)	-2,449	1,365	3,220	1	,073	,086	,006	1,253
	Recuerdos última infancia y adolescencia 2 cat(1)	2,359	1,501	2,469	1	,116	10,581	,558	200,694
	Relaciones padres 2 cat(1)	,856	,926	,853	1	,356	2,353	,383	14,451
	Edad acontecimiento	-,122	,096	1,620	1	,203	,885	,733	1,068
	Antigüedad en años hasta acontecimiento	,114	,098	1,344	1	,246	1,120	,924	1,358
	Guardia Civil 2 cat	1,902	,667	8,142	1	,004	6,699	1,814	24,737
	Constante	-1,660	3,085	,289	1	,591	,190		
Paso 2(a)	Parto 2 cat(1)	1,205	,684	3,105	1	,078	3,337	,873	12,750
	Aislamiento, retraimiento, timidez 2ªINF(1)	-2,552	1,360	3,520	1	,061	,078	,005	1,121
	Recuerdos última infancia y adolescencia 2 cat(1)	2,397	1,464	2,680	1	,102	10,989	,623	193,714
	Edad acontecimiento	-,131	,096	1,882	1	,170	,877	,727	1,058
	Antigüedad en años hasta acontecimiento	,119	,098	1,479	1	,224	1,126	,930	1,365
	Guardia Civil 2 cat	1,750	,633	7,644	1	,006	5,754	1,664	19,893
	Constante	-,357	2,711	,017	1	,895	,700		
Paso 3 (a)	Parto 2 cat(1)	1,116	,677	2,718	1	,099	3,054	,810	11,512
	Aislamiento, retraimiento, timidez 2ªINF(1)	-2,346	1,365	2,953	1	,086	,096	,007	1,390
	Recuerdos última infancia y adolescencia 2 cat(1)	1,894	1,375	1,898	1	,168	6,645	,449	98,317
	Edad acontecimiento	-,021	,032	,462	1	,497	,979	,920	1,041
	Guardia Civil 2 cat	1,739	,621	7,851	1	,005	5,692	1,686	19,210
	Constante	-2,110	2,294	,846	1	,358	,121		
Paso 4(a)	Parto 2 cat(1)	1,112	,673	2,726	1	,099	3,040	,812	11,380
	Aislamiento, retraimiento, timidez 2ªINF(1)	-2,379	1,353	3,092	1	,079	,093	,007	1,314
	Recuerdos última infancia y adolescencia 2 cat(1)	2,045	1,374	2,216	1	,137	7,729	,523	114,127
	Guardia Civil 2 cat	1,804	,615	8,601	1	,003	6,076	1,819	20,293
	Constante	-3,031	1,887	2,582	1	,108	,048		
Paso 5(a)	Parto 2 cat(1)	1,204	,647	3,462	1	,063	3,332	,938	11,841
	Aislamiento, retraimiento, timidez 2ªINF(1)	-1,832	1,146	2,552	1	,110	,160	,017	1,515
	Guardia Civil 2 cat	1,710	,592	8,336	1	,004	5,529	1,732	17,653
	Constante	-1,560	1,524	1,047	1	,306	,210		

b) Segundo modelo:

- Variable dependiente: TAD.
- Variables independientes:
 - Sexo
 - Número de hermanos
 - Número de hijos
 - Parto
 - Recuerdos en la 2ª Infancia
 - Dificultades para mantener la atención y la concentración en la 2ª Infancia
 - Inquietud-hiperactividad en la 2ª Infancia
 - Recuerdos de la edad adulta

Este modelo resultó inestable. Por tanto no se encontró para el TAD un modelo de regresión logística explicativo. Este modelo puede apreciarse en la Tabla 23.

TABLA 23. MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA PARA LOS TAD.

		B	ET	Wald	gl	Sig	Exp(B)	IC 95,0% Exp(B)	Inf y Sup
Paso 1(a)	Sexo(1)	-,415	1,056	,154	1	,695	,661	,083	5,2
	Parto 2 cat(1)	36,5	8230,5	,000	1	,996	7263836722081750,0	,000	.
	Dificultades atención y concentración 2ª Inf(1)	,918	1,526	,362	1	,547	2,505	,126	49,8
	Inquietud-hiperactividad 2ª Inf(1)	19,6	5829,9	,000	1	,997	334546680,8	,000	.
	Recuerdos edad adulta(1)	1,683	,850	3,922	1	,048	5,380	1,017	28,4
	Recuerdos 1ª Inf(1)	18,2	8675,7	,000	1	,998	87955982,4	,000	.
	Número total de hermanos	-,032	,283	,013	1	,910	,968	,556	1,6
	Número de hijos	-,701	,486	2,083	1	,149	,496	,191	1,2
	Constante	-56,2	11958,7	,000	1	,996	,000		
Paso 2(a)	Sexo(1)	-,406	1,056	,148	1	,700	,666	,084	5,2
	Parto 2 cat(1)	36,482	8263,3	,000	1	,996	6983538670875330,0	0	.
	Dificultades atención y concentración 2ª Inf(1)	,931	1,5	,374	1	,541	2,5	,128	50,1
	Inquietud-hiperactividad 2ª Inf(1)	19,652	5851,130	,000	1	,997	342463124,2	0	.
	Recuerdos edad adulta(1)	1,692	,848	3,976	1	,046	5,428	1,029	28,629
	Recuerdos 1ª Inf(1)	18,303	8679,0	,000	1	,998	88897439,9	0	.
	Número de hijos	-,722	,453	2,541	1	,111	,486	,200	1,180
	Constante	-56,296	11983,6	,000	1	,996	,000		
Paso 3(a)	Parto 2 cat(1)	36,426	8290,6	,000	1	,996	6599870957969160,0	0	.
	Dificultades atención y concentración 2ª Inf(1)	1,056	1,561	,457	1	,499	2,874	,135	61,229
	Inquietud-hiperactividad 2ª Inf(1)	19,939	5873,6	,000	1	,997	456681683,6	0	.
	Recuerdos edad adulta(1)	1,611	,811	3,950	1	,047	5,008	1,023	24,525
	Recuerdos 1ª Inf(1)	18,360	8691,4	,000	1	,998	94154402,9	,000	.
	Número de hijos	-,764	,442	2,992	1	,084	,466	,196	1,107
	Constante	-56,538	12011,5	,000	1	,996	0		
Paso 4(a)	parto_cat2(1)	36,561	8323,9	,000	1	,996	7557791890532640	,000	.
	Inquietud-hiperactividad 2ª Inf(1)	19,9	5852,0	,000	1	,9	478597851,0	,000	.
	Recuerdos edad adulta(1)	1,621	,808	4,021	1	,045	5,057	1,037	24,652
	Recuerdos_3_11_cat2(1)	18,4	8846,3	,000	1	,998	104016730,7	,000	.
	Número de hijos	-,801	,4	3,355	1	,067	,449	,190	1,058
	Constante	-56,6	12146,8	,000	1	,996	0		
Paso 5(a)	parto_cat2(1)	36,637	8632,0	,000	1	,997	8147672219404960	,000	.
	Inquietud-hiperactividad 2ª Inf(1)	20,161	6075,5	,000	1	,997	570042190,4	,000	.
	Recuerdos edad adulta(1)	1,532	,797	3,693	1	,055	4,626	,970	22,064
	Número de hijos	-,803	,441	3,309	1	,069	,448	,189	1,064
	Constante	-38,375	8632,0	,000	1	,996	,000		

c) Tercer modelo

- Variable dependiente: Trastornos ansiosos.
- Variables independientes:
 - Número de hermanos
 - Parto (Normal o No normal)
 - Recuerdos última infancia y adolescencia

Con este modelo se apreció que tener un parto normal frente a uno no normal (en el que hubo algún problema y/o precisó de asistencia), manifestó un 80% de menor riesgo de presentar un trastorno ansioso (IC 95%, 40%-93,3%) $p=0,004$. Esto puede verse en la Tabla 24.

Estudiando las razones de prevalencia en un análisis bivariado (prueba exacta de Fisher) se apreció como ese porcentaje bajó al 70% (IC 87,4%-28,7%). Ello puede apreciarse en la Tabla 25 y en la Tabla 26.

TABLA 24. MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA PARA LOS TRASTORNOS ANSIOSOS.

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% EXP(B)	
								Inferior	Superior
Paso 1(a)	Número total hermanos	,201	,151	1,784	1	,182	1,223	,910	1,644
	Parto 2 cat(1)	-1,398	,590	5,611	1	,018	,247	,078	,786
	Recuerdos última infancia y adolescencia	-,922	,815	1,278	1	,258	,398	,080	1,966
	Constante	-,652	,971	,450	1	,502	,521		
Paso 2(a)	Número total hermanos	,217	,145	2,234	1	,135	1,242	,935	1,651
	Parto 2 cat(1)	-1,555	,570	7,453	1	,006	,211	,069	,645
	Constante	-1,421	,695	4,187	1	,041	,241		
Paso 3(a)	Parto 2 cat(1)	-1,609	,561	8,242	1	,004	,200	,067	,600
	Constante	-,588	,394	2,221	1	,136	,556		

TABLA 25. REPRESENTACIÓN DE LAS FRECUENCIAS DE LA NORMALIDAD DEL PARTO Y LA PRESENCIA DE TRASTORNOS ANSIOSOS.

			T. ansiosos 2 cat		
			Sí	No	Total
Parto 2 cat	Normal	Recuento	7	63	70
		% de Parto 2 cat	10,0%	90,0%	100,0%
	No normal	Recuento	10	20	30
		% de Parto 2 cat	33,3%	66,7%	100,0%
Total	Recuento		17	83	100
	% de Parto 2 cat		17,0%	83,0%	100,0%

TABLA 26. ESTIMACIÓN DEL RIESGO DE TRASTORNOS ANSIOSOS DEBIDOS A LA NORMALIDAD EN EL PARTO MEDIANTE LA RAZÓN DE PREVALENCIA (RP).

	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
	Inferior	Superior	Inferior
Razón de las ventajas para Parto 2 cat (Normal / No normal)	4,500	1,514	13,371
Para la cohorte T. ansiosos 2 cat = No	1,350	1,036	1,759
Para la cohorte T. ansiosos 2 cat= Sí	,300	,126	,713
N de casos válidos	100		

d) Cuarto modelo

- Variable dependiente: Trastornos depresivos.
- Variables independientes:
 - Parto
 - Recuerdos de la 2ª Infancia
 - Dificultades para mantener la atención y la concentración en la 2ª Infancia
 - Agresividad-peleas-violencia en la 2ª Infancia
 - Absentismo escolar en la 2ª Infancia
 - Problemas de adaptación escolar en la 2ª Infancia
 - Dificultades adaptación escolar última infancia y adolescencia
 - Recuerdos edad adulta.

Este modelo es inestable. Por tanto no se encontró, para los trastornos de la corte depresiva, un modelo de regresión logística explicativo. Este modelo puede apreciarse en la Tabla 27.

TABLA 27. MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA PARA LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS.

								I.C.95,0%EXP(B)	
		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	Inferior	Superior
Paso 1	Parto 2 cat (1)	-,748	,598	1,566	1	,211	,473	,147	1,527
	Recuerdos 1ª Inf 2 cat (1)	,524	,866	,367	1	,545	1,689	,310	9,219
	Dificultades mantenimiento atención y concentración 2ª Inf (1)	1,467	,995	2,176	1	,140	4,338	,617	30,481
	Agresividad, peleas 2ª Inf (1)	23,101	40192,970	,000	1	1,000	10779567965,628	,000	.
	Absentismo escolar 2ª Inf(1)	1,820	1,107	2,704	1	,100	6,171	,705	53,981
	Problemas adaptación escolar 2ª Inf (1)	22,577	40192,970	,000	1	1,000	6381483169,266	,000	.
	Dificultades adaptación escolar última Inf y adolescencia (1)	-,005	,853	,000	1	,995	,995	,187	5,295
	Recuerdos Edad adulta (1)	-,781	,582	1,803	1	,179	,458	,146	1,432
	Constante	-1,145	,816	1,969	1	,161	,318		
Paso 2	Parto 2 cat (1)	-,748	,598	1,566	1	,211	,473	,147	1,527
	Recuerdos 1ª Inf 2 cat (1)	,525	,847	,385	1	,535	1,691	,322	8,892
	Dificultades mantenimiento atención y concentración 2ª Inf (1)	1,466	,948	2,388	1	,122	4,331	,675	27,789
	Agresividad, peleas 2ª Inf (1)	23,097	40192,970	,000	1	1,000	10741680085,232	,000	.
	Absentismo escolar 2ª Inf(1)	1,819	1,086	2,802	1	,094	6,163	,733	51,827
	Problemas adaptación escolar 2ª Inf (1)	22,572	40192,970	,000	1	1,000	6352242045,258	,000	.
	Recuerdos Edad adulta (1)	-,781	,574	1,851	1	,174	,458	,149	1,410
	Constante	-1,147	,776	2,186	1	,139	,318		
	Paso 3	Parto 2 cat (1)	-,605	,555	1,185	1	,276	,546	,184
Dificultades mantenimiento atención y concentración 2ª Inf (1)		1,383	,936	2,184	1	,139	3,987	,637	24,956
Agresividad, peleas 2ª Inf (1)		22,587	40192,970	,000	1	1,000	6444875142,384	,000	.
Absentismo escolar 2ª Inf(1)		1,505	,951	2,506	1	,113	4,506	,699	29,056
Problemas adaptación escolar 2ª Inf (1)		22,587	40192,970	,000	1	1,000	6444875142,384	,000	.

	Recuerdos Edad adulta (1)	- ,745	,571	1,702	1	,192	,475	,155	1,454
	Constante	- ,779	,476	2,681	1	,102	,459		
Paso 4	Dificultades mantenimiento atención y concentración 2ª Inf (1)	1,358	,915	2,202	1	,138	3,890	,647	23,399
	Agresividad, peleas 2ª Inf (1)	22,382	40192,970	,000	1	1,000	5251534513,352	,000	.
	Absentismo escolar 2ª Inf(1)	1,358	,915	2,202	1	,138	3,890	,647	23,399
	Problemas adaptación escolar 2ª Inf (1)	22,382	40192,970	,000	1	1,000	5251534513,352	,000	.
	Recuerdos Edad adulta (1)	- ,744	,566	1,728	1	,189	,475	,157	1,441
	Constante	-1,179	,322	13,437	1	,000	,308		
Paso 5	Dificultades mantenimiento atención y concentración 2ª Inf (1)	1,231	,879	1,962	1	,161	3,424	,612	19,159
	Agresividad, peleas 2ª Inf (1)	22,625	40192,970	,000	1	1,000	6698649179,146	,000	.
	Absentismo escolar 2ª Inf(1)	1,231	,879	1,962	1	,161	3,424	,612	19,159
	Problemas adaptación escolar 2ª Inf (1)	22,625	40192,970	,000	1	1,000	6698649179,146	,000	.
	Constante	-1,422	,279	25,949	1	,000	,241		
Paso 6	Agresividad, peleas 2ª Inf (1)	22,532	40192,970	,000	1	1,000	6102905043,702	,000	.
	Absentismo escolar 2ª Inf(1)	1,329	,858	2,397	1	,122	3,778	,702	20,321
	Problemas adaptación escolar 2ª Inf (1)	22,532	40192,970	,000	1	1,000	6102905043,702	,000	.
	Constante	-1,329	,265	25,143	1	,000	,265		
Paso 7	Agresividad, peleas 2ª Inf (1)	22,421	40192,970	,000	1	1,000	5461843589,693	,000	.
	Problemas adaptación escolar 2ª Inf (1)	22,421	40192,970	,000	1	1,000	5461843589,693	,000	.
	Constante	-1,218	,248	24,049	1	,000	,296		

RELACIÓN DE LAS VARIABLES CLÍNICAS INCLUIDAS EN EL ESTUDIO CON LOS DISTINTOS TPR AGRUPADOS.

La primera de las variables clínicas incluidas en este estudio, fue el número de bajas previas al acontecimiento que habían presentado los peritados, representada con sus medianas y rangos intercuartílicos (Tabla 28). La mediana de los 4 primeros grupos resultó baja y homogénea entre ellos, en tanto que fue mucho más alta en el grupo de otros trastornos. Y precisamente en estos últimos el rango intercuartílico también fue mucho mayor. No se encontró una relación estadísticamente significativa entre los distintos TPR agrupados y el número de bajas previas ($p=0,713$).

TABLA 28. RELACIÓN ENTRE TPR Y NÚMERO DE BAJAS PREVIAS AL ACONTECIMIENTO

	Número de bajas previas
TEPT-TPP	2 (8,8)
TAD	3 (5,5)
Trastornos ansiosos	4 (16)
Trastornos depresivos	2,5 (8,3)
OT	9 (26)

La segunda variable clínica analizada eran los días que transcurren desde el acontecimiento hasta que se concede la baja laboral, representada también por sus medianas y rangos intercuartílicos (Tabla 29). Las medianas fueron bajas para los TAD y los Trastornos depresivos. Por otro lado los rangos intercuartílicos resultaron muy elevados especialmente en los trastornos ansiosos con cerca de 5300 días. Tampoco se encontró una relación estadísticamente significativa entre estas dos variables ($p=0,400$).

TABLA 29. RELACIÓN ENTRE TPR Y LOS DÍAS QUE TRASCURREN HASTA LA BAJA INICIAL

	Días desde acontecimiento hasta baja inicial
TEPT-TPP	125 (584)
TAD	1,5 (10)
Trastornos ansiosos	8 (5286,8)
Trastornos depresivos	0 (13)
OT	61 (2681)

La siguiente variable clínica fue el motivo de la baja laboral inicial tras el acontecimiento (Tabla 30). Se observó que predominaban en la muestra las secuelas psíquicas (76,5-60%) sobre las físicas y mixtas en todos los trastornos, destacando que en más del 75% de los trastornos ansiosos, se propuso una baja inicial por motivos psíquicos sin secuelas físicas. A pesar de ello no se encontró una relación estadísticamente significativa entre los TPR agrupados y el motivo de la baja inicial tras el acontecimiento ($p=0,562$).

TABLA 30. RELACIÓN ENTRE TPR Y EL MOTIVO DE LA BAJA INICIAL TRAS EL ACONTECIMIENTO

	Secuelas físicas	Secuelas psíquicas	Secuelas mixtas
TEPT-TPP	9 (25%)	23 (63,9%)	4 (11,1%)
TAD	2 (18,2%)	6 (54,5%)	3 (27,3%)
Trastornos ansiosos	3 (17,6%)	13 (76,5%)	1 (5,9%)
Trastornos depresivos	6 (24%)	17 (68%)	2 (8%)
OT	4 (40%)	6 (60%)	0 (0%)

Otra variable clínica estudiada fue si hubo un alta médica posterior a la baja inicial (Tabla 31). Se observó que predominaban en todos los trastornos la ausencia de alta

posterior a la baja inicial, que a cerca de la mitad de los trastornos depresivos se les otorgó un alta posterior, que casi el 39% de los casos más graves (TEPT-TPP) fueron dados de alta tras la baja inicial y que más del 70% de los casos de trastornos de la corte ansiosa conservaron la baja inicial hasta el final. De todas formas no se encontró una relación estadísticamente significativa entre si se le otorgó el alta tras la baja inicial o no y los TPR agrupados ($p=0,835$).

TABLA 31. RELACIÓN ENTRE TPR Y SI HUBO ALTA MÉDICA TRAS LA BAJA INICIAL.

	Sí	No
TEPT-TPP	14 (38,9%)	22 (61,1%)
TAD	4 (36,4%)	7 (63,6%)
Trastornos ansiosos	5 (29,4%)	12 (70,6%)
Trastornos depresivos	11 (45,8%)	13 (54,2%)
OT	3 (30%)	7 (70%)

Otra variable clínica de interés incluida en el estudio, fue el tiempo que transcurrió desde la baja inicial hasta el alta posterior (si es que ocurrió), representada por sus medianas y rangos intercuartílicos (Tabla 32). Las medianas van desde los poco más de 40 días de los cuadros más graves a los cerca de 190 días en el caso de otros trastornos. Los rangos intercuartílicos son muy elevados en los TAD y sobre todo en OT. Tampoco se encontró relación estadísticamente significativa entre los distintos TPR agrupados y el tiempo de baja inicial ($p=0,490$).

TABLA 32. RELACIÓN ENTRE TPR Y EL TIEMPO (DÍAS) DE BAJA INICIAL CUANDO HUBO ALTA

Tiempo de baja desde la baja inicial hasta alta si la hubo (Md)	
TEPT-TPP	43 (129)
TAD	89 (485,75)
Trastornos ansiosos	58 (88)
Trastornos depresivos	121 (191)
OT	185 (396)

La gran mayoría de los peritados, alrededor del 90% en todos los trastornos salvo en los TAD, tomaban medicación en el momento de ser evaluados, según puede verse en la Tabla 33. Los que más medicación toman son el grupo de los trastornos más graves (TEPT y TPP) y los trastornos depresivos. Sin embargo no se encontró una relación estadísticamente significativa de este hecho con los distintos TPR ($p=0,472$).

TABLA 33. RELACIÓN ENTRE TPR Y MEDICACIÓN EN EL MOMENTO DEL RECONOCIMIENTO.

	Sí	No
TEPT-TPP	34 (91,9%)	3 (8,1%)
TAD	8 (72,7%)	3 (27,3%)
Trastornos ansiosos	15 (88,2%)	2 (11,8%)
Trastornos depresivos	23 (92%)	2 (8%)
OT	9 (90%)	1 (10%)

La última variable clínica es si el peritado precisó hospitalización tras la exposición al acontecimiento por esta causa (Tabla 34). Solamente fueron ingresados aproximadamente un 16% de los diagnosticados con TEPT y TPP y un 1% del grupo de OT.

En este caso tampoco hubo relación estadísticamente significativa, aunque por escaso margen ($p=0,062$).

TABLA 34. RELACIÓN ENTRE TPR Y SI HUBO HOSPITALIZACIÓN POSTERIOR.

	Sí	No
TEPT-TPP	6 (16,2%)	31 (83,8%)
TAD	0 (0%)	11 (100%)
Trastornos ansiosos	0 (0%)	17 (100%)
Trastornos depresivos	0 (0%)	25 (100%)
OT	1 (10%)	9 (90%)

DIFERENCIAS ENTRE LOS DISTINTOS ÓRGANOS QUE EVALUARON AL PERITADO

EN CUANTO AL DIAGNÓSTICO DEL CUADRO PSIQUIÁTRICO

No se incluyó en esta comparativa los diagnósticos emitidos por los EVO's de las CCAA, al no estar disponible el diagnóstico concreto en las actas que emiten, por lo que sólo se comparó la fiabilidad diagnóstica (concordancia diagnóstica) entre las Juntas de Evaluación Médico Pericial de la Sanidad Militar (JMPO's y JMPP).

En primer lugar se compararon los diagnósticos utilizando las variables originales en 8 categorías, como puede verse en la Tabla 35.

TABLA 35. DIAGNÓSTICOS EMITIDOS POR LA JMPP (FILAS) VS JMPO'S (COLUMNAS).

	TEPT	TPP	TAD	TA	TD	TADP	TDP	OT
TEPT	10 (43,5%)	0 (0%)	2 (8,7%)	2 (8,7%)	0 (0%)	3 (13%)	2 (8,7%)	4 (17,4%)
TPP	6 (46,2%)	0 (0%)	1 (7,7%)	0 (0%)	2 (15,4%)	3 (23,1%)	0 (0%)	1 (7,7%)
TAD	0 (0%)	0 (0%)	7 (70%)	1 (10%)	0 (0%)	1 (10%)	1 (10%)	0 (0%)
TA	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (66,7%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (33,3%)	0 (0%)
TD	0 (0%)	1 (20%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (60%)	1 (20%)	0 (0%)	0 (0%)
TADP	1 (7,1%)	0 (0%)	2 (14,3%)	0 (0%)	0 (0%)	10 (71,4%)	0 (0%)	1 (7,1%)
TDP	0 (0%)	0 (0%)	3 (15%)	3 (15%)	1 (5%)	3 (15%)	8 (40%)	2 (10%)
OT	0 (0%)	0 (0%)	2 (20%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (20%)	1 (10%)	5 (50%)

Las concordancias diagnósticas más altas entre los órganos periciales de la Sanidad Militar se apreciaron en los TADP con más del 71% de los casos, en los TAD con el 70% de los casos y en los TA con algo más del 66% de los casos. Las más bajas por su parte se dieron en los TEPT con algo más del 43% de los casos, en los TDP con sólo el 40% de los casos y sobre todo en las TPP con ninguna coincidencia (0%).

La concordancia diagnóstica entre los órganos de la Sanidad Militar se estudió utilizando el estadístico Z para el índice kappa de Cohen. El índice Kappa oscila entre -1 (cuando existe una discordancia sistemática) y 1 (cuando existe una concordancia sistemática). Un índice Kappa de 0 indicaría que la concordancia entre los evaluadores sería la misma que la que se obtendría por puro azar. La que se obtiene al valorar los diagnósticos en 8 categorías resulta ser de 0,37. Siguiendo la tabla-guía de concordancia aceptada para este estadístico (Tabla 36) resulta ser *débil*, si bien resulta oportuno indicar que no es una tabla-guía que deba utilizarse estrictamente ya que puede variar según la situación que se esté estudiando.

TABLA 36. TABLA-GUÍA INTERPRETACIÓN DE CONCORDANCIAS UTILIZANDO EL ÍNDICE KAPPA.

<i>Índice Kappa</i>	<i>Concordancia</i>
1,00-0,81	Muy buena
0,80-0,61	Buena
0,60-0,41	Moderada
0,40-0,21	Débil
< 0,20	Muy débil

En segundo lugar se compararon los diagnósticos utilizando las variables agrupadas en 5 categorías como puede verse en la Tabla 37.

TABLA 37. DIAGNÓSTICOS EMITIDOS POR LA JMPP (FILAS) VS JMPO'S (COLUMNAS).

	TEPT-TPP	TAD	T. ansiosos	T. depresivos	OT
TEPT-TPP	16 (44,4%)	3 (8,3%)	8 (22,2%)	4 (11,1%)	5 (13,9%)
TAD	0 (0%)	7 (70%)	2 (20%)	1 (10%)	0 (0%)
T. ansiosos	1 (5,9%)	2 (11,8%)	12 (70,6%)	1 (5,9%)	1 (5,9%)
T. depresivos	1 (4%)	3 (12%)	7 (28%)	12 (48%)	2 (8%)
OT	0 (0%)	2 (20%)	2 (20%)	1 (10%)	5 (50%)

Comparando la concordancia diagnóstica cuando se utilizó la variable diagnóstica en 5 categorías, las concordancias más altas se obtuvieron en los trastornos ansiosos con más del 70% de los casos y los TAD con el 70% de los casos. La más baja por su parte se observó en los trastornos más graves (TEPT y TPP) con poco más del 40% de los casos.

El índice Kappa obtenido utilizando las 5 categorías diagnósticas es de 0,41, por lo que resulta *moderada* como se ve en la Tabla 36.

EN CUANTO AL PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD ASIGNADO

En primer lugar hay que tener en cuenta que el porcentaje de discapacidad que asignaron tanto las JMPO's como la JMPP incluyó exclusivamente el aspecto psíquico, en tanto que el que asignan los EVO's de las CCAA es global, sumando los aspectos psíquicos, los físicos y los factores sociales (para que éstos se añadan tiene que haber un mínimo de 25% de discapacidad psíquica y/o física y no puede añadir más de un 15%). Por otra parte, de los 100 casos incluidos en el estudio sólo 16 pasaron por los EVO's de las CCAA. Hay que tener en cuenta que es una petición que puede hacer cualquier persona a través de su CCAA. En estos EVO's la valoración de la discapacidad psíquica la realiza un psicólogo que no tiene que ser necesariamente clínico. En 2 de los 16 carecemos del porcentaje de discapacidad. En total fueron 14 casos evaluados por los EVO's con porcentaje conocido, de los cuales en uno el motivo de baja inicial fueron secuelas físicas y en otro fueron secuelas físicas y psíquicas por lo que en la inmensa mayoría seguramente se recogieron aspectos psíquicos. En los 12 restantes el motivo de baja inicial fueron sólo secuelas psíquicas.

Como puede verse en la Tabla 38 a través del porcentaje medio de los distintos órganos evaluadores, existe un porcentaje de discapacidad diferente entre los mismos. Estadísticamente esta diferencia es muy significativa ($p < 0,001$).

TABLA 38. ANÁLISIS DE LA VARIANZA DEL PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD

	JMPO's	EVO's	JMPP	p
	(n= 100)	(n=14)	(n=100)	
Discapacidad (%)	24,3(15,2)	46,4(15)	34,2(11,8)	<0,001

Los EVOs de las CCAA puntuaron de media un 22% más (IC95%=12,6-31,5%) que las JMPOs ($p < 0,001$); La JMPP valoró un 9,9% más (IC95%=5,2-14,6%) que las JMPOs ($p < 0,001$); los EVOs de las CCAA valoraron de media un 12,1% más (IC95%=2,7-21,5%) que la JMPP ($p = 0,006$). Estos datos pueden verse esquemáticamente en el Gráfico 51.

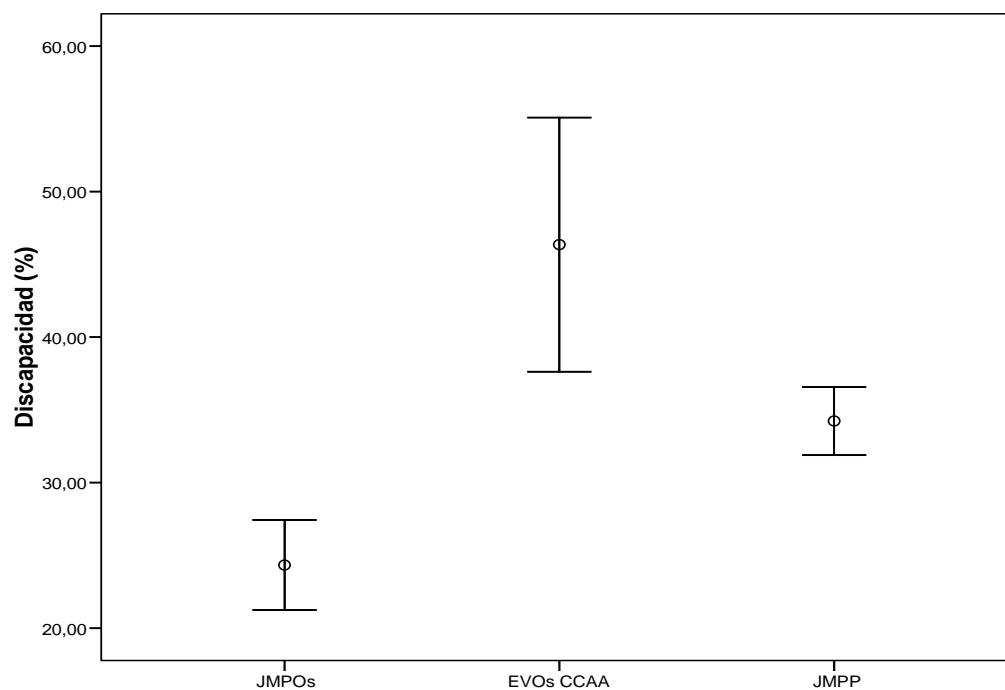


GRÁFICO 51. PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD DE LOS ÓRGANOS EVALUADORES
(BARRAS DE ERROR).

En el Gráfico 52 se aprecian con más nitidez las diferencias entre los distintos órganos evaluadores. Además se observan los casos que se salen de la norma habitual y que son concretamente en la caja de las JMPO's por encima el caso 6, 50, 58, 74 y 91 y en la caja de la JMPP por encima el 172 y el 188 y por debajo el 158.

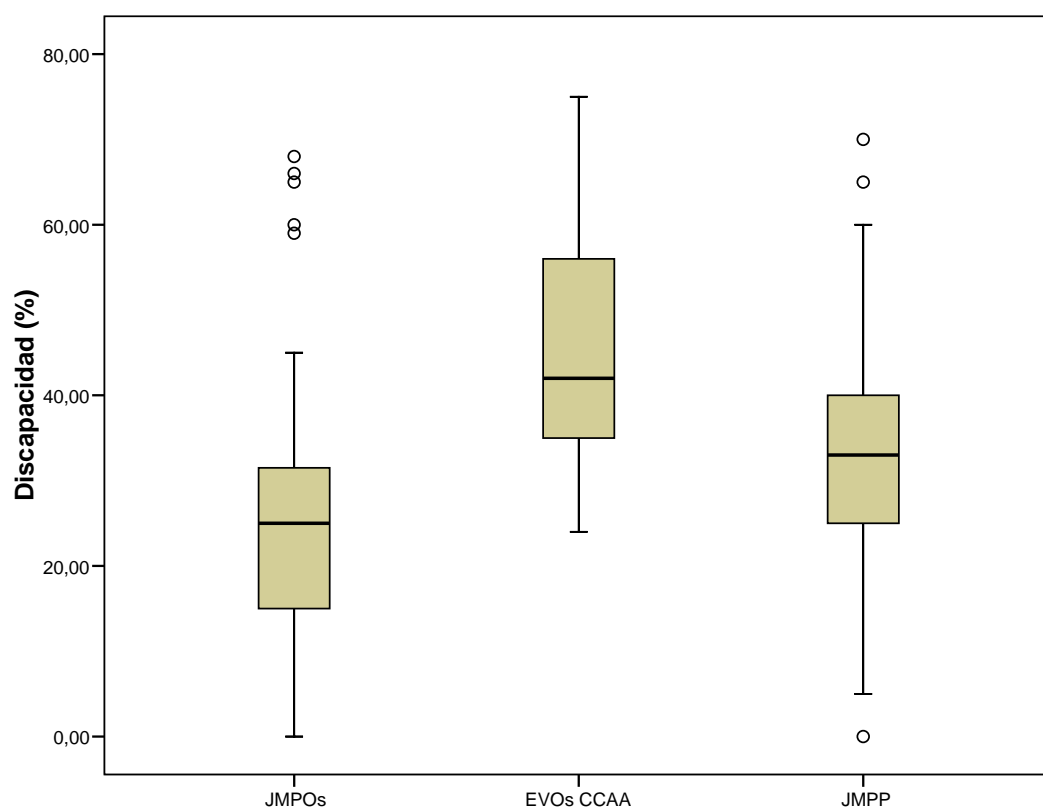


GRÁFICO 52. PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD DE LOS ÓRGANOS EVALUADORES
(DIAGRAMA DE CAJAS).

El estudio de los *acontecimientos* que han sido reconocidos, en este trabajo en relación con un TPR, revela datos muy interesantes y merece una amplia discusión;

- a) El acontecimiento más frecuente en este estudio son los llamados *entornos laborales desagradables u hostiles* que, según el DSM-5, “*son uno de los problemas que pueden afectar al diagnóstico, curso, pronóstico o tratamiento de un trastorno mental determinado y que se presentan con sus correspondientes códigos CIE-9-CM (habitualmente códigos V) y CIE-10-CM (habitualmente códigos Z)*”. Son los acontecimientos más habituales en la muestra a pesar de la necesidad de ser fehacientemente probados y de la importante dificultad en que esto se pueda realizar, ya que el único elemento a analizar suele ser el relato del empleado, en este caso el militar, que puede estar más o menos distorsionado^{138, 139}. Cabe destacar que en uno de los casos reconocidos, el entorno laboral fue tan “*desagradable u hostil*” que llegó a provocar una TPP. Leyman fue el primero en definir estas situaciones estableciendo que para determinarlas debían durar 6 meses y, al menos, una vez por semana¹⁴⁰. Desde la conceptualización inicial de este autor se han realizado numerosos estudios en los que se ha visto que un alto porcentaje de trabajadores en general se sienten víctimas de estas situaciones^{141, 142} y en este sentido las FAS y la GC no son una excepción.
- b) El segundo acontecimiento más frecuentemente observado en el estudio son los *accidentes en el lugar del destino o comisión*, y es que ser soldado (y también por extensión guardia civil) se considera una profesión de riesgo y una importante fuente de estrés¹⁴³, con consecuencias sobre la salud laboral y sobre la accidentalidad¹⁴⁴. En esta línea¹⁴⁵ se analizó el peso del estrés y la salud laboral, medida a través del agotamiento emocional y la insatisfacción laboral, en la tasa de accidentes (en el trabajo y también “*in itinere*”) en una muestra de 203 militares españoles. Según los resultados, el agotamiento emocional y la insatisfacción laboral explicaron un 10.3% de la varianza del número de accidentes en el trabajo, sin embargo, estas variables no se relacionaron con los accidentes “*in itinere*”. En un trabajo posterior¹⁴⁶, se estudió un mayor número de variables y se plantearon relaciones más complejas, analizando siete fuentes de estrés laboral y la intervención de la implicación en el trabajo como variable moduladora. Se pretendía ver si se relacionaban con los accidentes y si es-

tas relaciones eran directas o están moduladas por variables personales, y en concreto, por el grado implicación en el trabajo. La idea era que los soldados más implicados estarían más atentos a las normas, en general, lo que reduciría la probabilidad de accidentarse. Con una muestra de 779 soldados profesionales de las Fuerzas Armadas españolas, el estudio mostró que el estresor más importante para predecir los accidentes laborales era el debido a la estructura y al clima organizacional, de forma que, el estrés causado por las características y el diseño de la organización, la falta de comunicación o la escasez de recursos, se vinculaba con un mayor número de accidentes durante la jornada de trabajo. Por su parte los accidentes “*in itinere*” se relacionaban con otros antecedentes, concretamente con el conflicto entre la vida familiar y laboral y con las dificultades para progresar en la carrera profesional. Además, la implicación con el trabajo actuaba de forma directa sobre la tasa de accidentalidad, e indirecta, como variable moduladora. El estrés por los factores intrínsecos al trabajo no influía en los accidentes laborales si el soldado tenía una baja implicación en el trabajo, sin embargo, cuando el estrés era elevado y los empleados tenían una menor implicación, el número de accidentes laborales era mayor. Siguiendo esta misma línea argumental¹⁴⁷, se investigó el papel del estrés por las demandas del trabajo (evaluado a través de las demandas en habilidades físicas, mentales, sociales y de autocontrol y resistencia a la frustración), y otra variable personal relevante en la investigación psicológica, la percepción de autoeficacia profesional (evaluada a través de la autoeficacia en habilidades físicas, mentales, sociales y de autocontrol y resistencia a la frustración). Las relaciones directas indicaron que las relaciones más importantes eran con las demandas en autocontrol y resistencia a la frustración, en sentido positivo, y con habilidades de autocontrol y resistencia a la frustración, en sentido negativo. Respecto a las relaciones moduladas, se encontró también que, cuando las demandas son bajas no había diferencias entre los que tienen alta y baja percepción de autoeficacia, sin embargo, cuando las demandas eran altas, tenían más accidentes los que se percibían menos autoeficaces. En cualquier caso, y para concluir, sufrir un accidente en primera persona tanto en el lugar de trabajo como fuera de él, parece ser una de las principales experiencias traumáticas con las que se puede enfrentar el ser humano a lo largo de su vida, sea civil o

militar. Esto puede observarse por ejemplo, en un estudio actual realizado en una población con relativa escasa movilidad y riesgo como es la población universitaria española, en donde puede verse como el haber sufrido un accidente ocupa el 5º lugar dentro de un total de 15 posibles eventos traumáticos¹⁴⁸.

- c) En tercer lugar aparece una situación muy intensa, interpersonal e intencional como es el haber sido víctima de un *atentado terrorista*. La mayoría de casos de la muestra que experimentaron este acontecimiento lo constituyen guardias civiles objeto de acciones violentas protagonizadas por la organización terrorista ETA, una de las que ha presentado más actividad a nivel mundial sobre todo frente a policías y militares. Desde 1960, ETA ha cometido más de 700 atentados terroristas en los que han muerto 857 personas, además de miles de heridos y 90 secuestrados. De las víctimas mortales, 361 eran civiles (más del 42%), 195 guardias civiles (22%), 147 policías nacionales (17%) y 82 militares (9%). Por tanto entre guardias civiles, policías nacionales y militares un 48%. La mayoría de ellos murieron a consecuencia de disparos (544, un 63%), mientras que 307 fueron asesinados con explosivos, principalmente coches-bomba (158)¹⁴⁹. Esto contrasta con las cifras que han recogido en otras zonas con importante actividad terrorista en Europa, en las que se vieron más afectados los civiles que los policías y militares. Así en el denominado Conflicto de Irlanda del Norte, donde participaron varias organizaciones terroristas como el IRA y otras, murieron 3526 personas de las cuales 1854 eran civiles (53%), 1125 eran policías y militares (32%, de ellos 502 del Ejército Británico y 302 de la Real Policía del Ulster), 394 eran pertenecientes a grupos paramilitares proseparatistas (11%) y 153 pertenecientes a grupos paramilitares prounionistas (4%)¹⁵⁰.
- d) El siguiente acontecimiento en frecuencia es otro de los problemas incluidos en los códigos V y Z, *las características-condiciones del destino militar que originan una insatisfacción laboral*. Se trata, como en el primer acontecimiento, de unas situaciones difíciles de determinar. Tanto en aquel como en este tipo de acontecimiento se cuenta con la “ventaja” de que los médicos militares encargados de peritar estos casos, conocen perfectamente la institución militar por ser miembros de la misma y por haber estado destinados previamente en

algunos de los destinos más exigentes y operativos de los Ejércitos, de la Armada y de la GC. Se han realizado muchos estudios, tanto en España como en otros países, para ver el grado de satisfacción de distintos colectivos laborales pero muy pocos a nivel militar tanto a nivel nacional como internacional. Algunos de los pocos que se han publicado en ese ámbito han sido ya comentados en el apartado b).

- e) Los *accidentes “in itinere”*, en tránsito hacia o desde el trabajo ocasionaron casi un 10% de los TPR, seguramente por la importante movilidad geográfica de los miembros de las FAS y de la GC y por la dispersión geográfica de las distintas Unidades Militares. Resulta muy interesante lo referido en el apartado b) sobre la influencia en el medio militar español del agotamiento emocional y la insatisfacción laboral en los accidentes. También sobre la relación que existe entre los accidentes *“in itinere”* y el conflicto entre la vida familiar y laboral y con las dificultades para progresar en la carrera profesional.
- f) Los *escenarios bélicos*, que son los acontecimientos específicamente militares, ocasionaron sólo el 7% de los casos de TPR. El motivo de su baja frecuencia habría que buscarlo en que, afortunadamente, nuestro país disfruta de una paz sólida y duradera. Por otra parte, los casos bien documentados en acciones *“bélicas”* fuera del territorio Nacional han sido ocasionales. En algunos estudios se hace hincapié en el papel de la duración de los diferentes despliegues a distintos escenarios en la aparición de los diferentes TPR. Estos escenarios pueden acabar tornándose *“bélicos”* y ello a pesar de que el objetivo de los mismos haya podido haber sido otro como es el caso de las llamadas *“misiones de mantenimiento de la paz”*. Así se ha podido ver como un despliegue de más de 180 días aumenta las probabilidades de TEPT de 1.11 a 2.84 veces comparado con un despliegue corto¹⁵¹. Otros estudios pormenorizan los diversos escenarios bélicos potencialmente traumatizantes, como el realizado en un grupo de 100 soldados polacos desplegados en Afganistán¹⁵² y en el que se observó que el 73,3% de los miembros del grupo de estudio fueron expuestos directamente a la pérdida de vidas, el 40% conocía a alguien que fue herido o muerto, el 60% fue testigo directos de la muerte o lesiones mortales, el 25% de soldados hizo fuego sobre el enemigo y el 3.3% fueron los autores de la muerte de combatientes enemigos. Además, sólo el 2% de los soldados que habían

experimentado problemas de salud y parecían conscientes de ellas, estaban interesados en recibir ayuda. Parece que esto era debido al temor de los soldados de parecer enfermos mentales, lo que podría ser considerado lesivo para su carrera militar.

g) Otras causas son prácticamente testimoniales.

Las *características personales* de la muestra van a analizarse de forma esquemática. Se va a hacer especial hincapié en aquellas variables, como ya fue indicado en los resultados del segundo objetivo específico, que en un primer análisis, evidenciaron relaciones estadísticas bivariadas con la aparición de algún TPR. Estas variables aparecerán en negrita;

a) **Sexo**: sobresale el dato de la desproporción de hombres con respecto a las mujeres (85/15). Desde la incorporación de la mujer a las FAS y a la GC en el año 1988 ha ido aumentando progresivamente el porcentaje de mujeres en ambas, pero aún persiste una importante mayoría global masculina. Según datos del Observatorio Militar para la Igualdad, en diciembre de 2012, el porcentaje de efectivos en las Fuerzas Armadas por sexo era del 87,7 % para hombres y del 12,3 % para mujeres. Estos datos son globales interesando destacar que hay Ejércitos/Cuerpos /Escalas donde el porcentaje de mujeres es mayor, como es el caso de los llamados Cuerpos Comunes de las FAS en donde el porcentaje de mujeres alcanza el 20,1 %. Las Fuerzas Armadas españolas coinciden con las de otros países con más larga experiencia en cuando a la inserción de las mujeres a los Ejércitos, como es el caso de Estados Unidos o Canadá. En todos ellos, se observa una mayor representación de mujeres en los Cuerpos Comunes de las Fuerzas Armadas, frente a otros puestos como son los de combate¹⁵³. Con el paso del tiempo ha ido aumentando su integración con el desarrollo de sucesivas medidas legislativas que han conseguido una participación absolutamente plena e igualitaria de la misma en la actualidad. Así en España, actualmente no hay limitaciones formales, ni reservas específicas para las mujeres candidatas a las Fuerzas Armadas. Los baremos son los mismos para las mujeres que para los hombres, a excepción de las pruebas físicas, algo más ligeras para ellas, siguiendo directrices del Consejo Superior de Deportes. También se han ido estableciendo normas específicas para mejorar la integra-

ción de estas mujeres en cuanto a habitabilidad y uniformidad, atención a la maternidad y conciliación familiar, relaciones personales y régimen disciplinario¹⁵⁴. En perspectiva comparada internacional, como en España, también en Alemania, Bélgica, Bulgaria, Canadá o Dinamarca se ha logrado legislar para que la inserción de las mujeres en sus ejércitos se lleve a cabo sin restricciones de ningún tipo. Esta situación, sin embargo, no es común a todos los países. Algunos mantienen restricciones, bien de destinos o bien de puestos a ocupar por las militares. Concretamente, EEUU, pese a ser pionero en impulsar ciertas medidas de integración a todos los cuerpos y empleos militares, restringe la adscripción de mujeres a unidades de choque, apartándolas de destinos terrestres para el combate cuerpo a cuerpo. En otros países las mujeres pueden acceder sin restricciones a fuerzas terrestres pero tienen restringido su acceso a la marina o a la fuerza aérea; es el caso de Venezuela o Perú. Países como Colombia o Ecuador restringen directamente el ascenso profesional a determinados escalafones¹⁵⁵. Por tanto en este estudio se aprecia una representación femenina similar a la que se observa en las distintas unidades militares españolas. Para poder aseverar que represente un factor de riesgo para desarrollar un TPR o cualquiera de sus tipos, habría que disponer de una muestra balanceada por sexos, controlando los acontecimientos para que sean de la misma o parecida intensidad-magnitud. En el reciente DSM-5 se afirma que ser mujer es un factor de riesgo para los TPR más graves como el TEPT (aparte de que en las mujeres tiene una mayor duración). Los resultados de investigaciones como la realizada tras los atentados del 11-S en New York por el profesor Galea¹⁵⁶ avalan ese aspecto epidemiológico. En dicha investigación, que tuvo una muestra superior a mil personas adultas (N=1008) residentes en Manhattan, se encontró que a las 5-8 semanas de los atentados un 7,5% (4,8% en varones y 9,9% en mujeres) presentaba los síntomas del estrés postraumático y un 9,7% (7,3% en varones y 12% en mujeres) tenía depresión. Las mujeres aparecían, por consiguiente, como más vulnerables tanto para la aparición de un trastorno depresivo y sobre todo para la aparición de un TEPT. Este estudio fue prácticamente replicado en España a raíz de los atentados del 11-M en Madrid¹⁵⁷ y en él las mujeres se ven doblemente más afectadas de trastornos de ansiedad y depresión y cuatro veces más afectadas de TEPT. Para finalizar este apartado

resulta de un interés excepcional el análisis de la Incapacidad Laboral por contingencias comunes debidas a TPR realizado por Enguita y Ramos¹⁵⁸ en Ibermutuamur, una Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social que en 2008 ocupaba el lugar nº 5 del ranking de nacional de mutuas por cuotas (8,66%)¹⁵⁹. Se trata de una Mutua de carácter nacional, nacida ya desde su inicio por la agrupación de Mutuas de diferentes provincias y gremios. Debido a esto es la única Mutua que recoge en sus estatutos la existencia de Juntas Territoriales y Provinciales, respetando la sensibilidad de su origen pluriterritorial. En el año 2008 contaba con 145.977 empresas asociadas y con 1.180.289 trabajadores protegidos. Además, de estos 101.202 empresas con 908.131 trabajadores que tenían cubiertas las contingencias comunes, así como 143.694 trabajadores con las contingencias comunes cubiertas y 27.364 con contingencias profesionales. Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de las bajas médicas por TPR que controló esta Mutua en colaboración con la Seguridad Social, y “en paralelo” al sistema de control de bajas en las FAS y la GC, durante los 3 últimos años de análisis del presente trabajo. Las Mutuas como su nombre indica, se ocupan básicamente del control de enfermedades profesionales y de accidentes profesionales (los 100 casos de nuestro estudio se podrían catalogar así al haberse reconocido una relación causa efecto). Pero también colaboran con la Seguridad Social en el control de las bajas médicas por contingencias comunes a partir del 15º día de baja, por eso los posibles procesos cuya duración fuese menor a 2 semanas se perdieron del citado estudio. Los procesos incluidos en el estudio de Enguita y Ramos son los mismos que los incluidos en el presente, pero en ellos no se había reconocido el agente causal o no habían sido fruto de un accidente laboral. En las FAS y en la GC las bajas médicas las controla el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS), a través de las entidades de salud concertadas (Adeslas, Asisa y otras) y con la colaboración de los médicos militares de la Sanidad Militar destinados en las distintas Unidades, que ejercen un papel semejante al de una especie de Mutuas. A pesar de los inconvenientes citados para comparar ambos estudios, constituye uno de los pocos trabajos actuales que pueden ser utilizados para comparar sus resultados, a nivel nacional, entre las muestras militares y civiles. Por la importancia de los datos que aporta y

porque será citado con frecuencia a partir de este momento, merece una profundización en detalle. El número total de procesos controlados por la Mutua Ibermutuamur durante los años del análisis (2008, 2009 y 2010), fue de 275.638; 104.975 (38,08%) en 2008, 86.530 (31,39%) en 2009 y 84.163 (30,53%) en 2010. De ellos, 31.886 (11,57%) correspondieron a procesos controlados con patología psiquiátrica; 11.275 (10,74%) en 2008, 10.725 (12,39%) en 2009 y 9.889 (11,75%) en 2010. El número total de procesos de trabajadores en incapacidad temporal por contingencias comunes con un diagnóstico codificado 309.X (en donde se incluyen los procesos psiquiátricos reactivos) durante los años 2008, 2009 y 2010, en todo el territorio nacional, fue de 5997. Respecto a la variable que ahora nos interesa, el sexo, 3698 (61,7%) eran mujeres y 2299 (38,3%) hombres. Por tanto, el mayor número de procesos diagnosticados en este periodo para esta patología correspondía a mujeres. En ellas también se producía un mayor número de recaídas y el mayor número de altas por Incapacidad Permanente. Además estas dos situaciones se relacionaban, de manera que, de los procesos que terminaron en Incapacidad Permanente, un tercio había sufrido recaída. Estos datos replicaron los obtenidos en otros estudios previos realizados en España, como el de Almarcha y Cols¹⁶⁰ para la variable sexo.

- b) ***La edad media a la que se produce el acontecimiento***: nos informa de que éste es sufrido casi siempre en el primer tercio de la vida profesional de los militares de la muestra. Este dato parece lógico habida cuenta de que en los primeros tramos de la carrera militar se desarrollan actividades más “operativas”, con mayor riesgo de exposición a posibles acontecimientos. En el DSM-5 una edad más joven se considera factor de riesgo para el TEPT y, curiosamente, no para el TEA. Por otra parte, en el estudio referido de Galea¹⁵⁶ se observa que el rango de edad más bajo (18-29 años) presentaba una probabilidad 9 veces mayor de TEPT que el grupo de edad más alto (>60 años). Y el grupo intermedio (30- 59 años) tiene entre 7 y 8 veces más probabilidad de TEPT que el grupo de más de 60 años. Por tanto parece que la edad más joven, aparte de ser un factor de exposición, podría ser también un factor de vulnerabilidad. En el estudio de Enguita y Ramos¹⁵⁸, el mayor número de procesos psiquiátricos reactivos (código 309.X) se registró a la edad de 35 años; 267, que suponían

un 4.5% del total. Le siguieron los trabajadores de 37 años; 243 (4.1%), y 38 años; 230 (3,8%). En las edades comprendidas entre 35 y 39 años es donde se presentaban el mayor número de estos procesos, ampliándose en frecuencia hasta los 44. Teniendo en cuenta la edad de incorporación de las personas al trabajo en los últimos años, se observó que se trata de una patología que tiene una mayor incidencia en personas con una vida laboral corta, especialmente los TAD con ansiedad que se presentan con mayor frecuencia en edades aún más jóvenes. Un dato a tener en cuenta es que en los mayores de 65 años la duración de la mayoría de sus procesos psiquiátricos reactivos fue superior al año. Estos datos también replicaron los obtenidos en otros estudios previos realizados en España como el de Almarcha y Cols¹⁶⁰ para la variable edad.

- c) *La edad media a la que se produce la evaluación en la JMPP*: puede resultar llamativa la diferencia de edad entre la del apartado anterior y la de aquella a la que es evaluado, con una demora aproximada de 6-7 años. Pero hay que remarcar que todos ellos han pasado previamente por las JMPO's y han acabado en la JMPP por alegaciones propias, institucionales o de ambos. Y todo ello después de un largo proceso administrativo que destaca por su carácter garantista y en el que se resalta la tendencia a la cronicidad de muchos de estos cuadros.
- d) *Pareja estable*: una importante porcentaje de peritados (más del 80%) tenía pareja estable al ser evaluados. Por lo tanto una importante mayoría de los sujetos estudiados tenían, al menos formalmente, una estabilidad en esta área. Este dato contrasta con lo observado en otros estudios en los que se puede ver que la estabilidad sentimental es considerablemente menor, como el realizado por A. Maercker y Cols¹⁶¹ con una muestra de 2064 mujeres que habían sufrido un acontecimiento y en dónde sólo el 62,1% de ellas tenía pareja estable. También en el estudio, mucho más reciente aunque con un tamaño muestral bastante menor constituido igualmente por mujeres, de G. Verónica Vitriol y Cols tras el terremoto de Chile de 2010¹⁶², en el que se vio que sólo el 47% de ellas tenía pareja estable. Por otra parte, en un estudio longitudinal de 1 año con una muestra de 468 militares norteamericanos desplegados en Irak¹⁶³ se demostró que el aumento de los síntomas de TEPT estaba asociado con un

ajuste de pareja más pobre y con la percepción de mayores desafíos en la crianza de sus hijos.

- e) *Convivencia*: en los resultados se señaló que los sujetos que tenían pareja estable, vivían con ella. El resto vivía fundamentalmente con su familia de origen, un pequeño porcentaje (6%) vivía solo y un caso de la muestra estaba hospitalizado. Ello vuelve a confirmar que, al menos en nuestro estudio, los peritados presentan una relativa estabilidad emocional que les permite mantener una convivencia de pareja. Y ello a pesar de haber sido expuestos al acontecimiento y de presentar un TPR constatado. No ocurre lo mismo en la mayoría de sujetos de otros estudios, como los referidos en el apartado anterior, que tienen un menor porcentaje de parejas estables y por tanto conviven más con su familia de origen, solos o con otras personas.
- f) *Localidad de nacimiento*: es ligeramente más frecuente en las capitales que en el resto de localidades, lo que no tiene nada de particular ya que suele haber más nacimientos, en general, en las capitales que en otras localidades. No se dispone de datos en otros estudios con los que comparar los obtenidos en éste sobre esta variable.
- g) *Localidad de residencia*: es menos frecuente en las capitales que en otras localidades (42%/58%), de tal manera que se produce un pequeño trasvase desde las capitales al resto de municipios a lo largo de la carrera militar de los peritados incluidos en el estudio, y de forma más o menos homogénea, lo que podría deberse a la propia patología psiquiátrica, aunque también probablemente debido a la especial movilidad del personal militar y a la dispersión de las unidades militares que hacen a los militares quizá más proclives a acabar viviendo en núcleos poblacionales más reducidos. En el estudio de Enguita y Ramos¹⁵⁸ se hace un análisis de los datos por provincias. A pesar de eso resultan muy esclarecedores sus resultados. Así la distribución por provincias españolas revela que Madrid, Murcia y Alicante son las tres provincias con mayor número de trabajadores afectados por procesos psiquiátricos reactivos; 2945 trabajadores (49,10%). Pero también son las tres provincias que reúnen el mayor número de trabajadores en situación de incapacidad laboral y de diagnosticados de patología psiquiátrica. Las provincias que presentan un mayor y un menor número de procesos psiquiátricos reactivos en función de su población

no pueden calcularse, al no disponerse del número total de procesos controlados por todas las mutuas en cada provincia. Pero sí las provincias que presentan un mayor número de procesos psiquiátricos reactivos en relación al número total de procesos controlados por esta Mutua y fueron en este orden Barcelona, Zaragoza, Las Palmas de Gran Canaria, Valencia y Baleares. Las que menos fueron La Rioja, Segovia, Guadalajara y Soria. Estos datos podrían indicar una mayor predisposición en las provincias con mayor densidad poblacional, con capital de CCAA, costeras, del mediterráneo y del archipiélago canario. Es decir en zonas con alto dinamismo económico, turísticas y con gran cantidad de personas desplazadas en busca de oportunidades de trabajo. Las provincias con menor densidad poblacional y con menor dinamismo económico ocupan los últimos lugares.

- h) ***El número total de hermanos (incluido el peritado)***: suele ser de 2 (50%), que es un número de hermanos semejante al que se suele dar en la población española actual que tiene la edad media de los peritados (< de 40 años). En relación a esta variable interesa mencionar un estudio muy reciente realizado por B. Green et al. en Inglaterra y Gales¹⁶⁴ con 84 pacientes con TEPT y 104 pacientes con TAD. En él se aprecia que los pacientes con TEPT, y no los que presentan un TAD, tienen más probabilidades de formar parte de una gran familia, especialmente de 5 hijos o más.
- i) ***Lugar en la fratría***: en una ligera mayoría de ocasiones el peritado es el mayor de los hermanos. Le sigue en frecuencia el ser el pequeño a corta distancia y finalmente un lugar intermedio. Las diferencias en frecuencia en cuanto al lugar en la fratría no son importantes entre los grupos señalados si bien lo que resulta anecdótico es que el peritado sea hijo único (2% de los casos). Esto podría deberse a que los hijos únicos no eran habituales en las familias de las generaciones a las que pertenecían la mayoría de peritados. En relación al estudio señalado en el apartado anterior¹⁶⁴ en Inglaterra y Gales, los pacientes con TEPT, no en el caso de pacientes con TAD, tienen más probabilidades de ser los hijos menores (de una familia numerosa).
- j) ***Número de hijos***: resulta verdaderamente llamativo que más de un 25% de la muestra no tenga ningún hijo, puesto que eso no suele verse en la población española. También hay que destacar que algo más de un 25% de la muestra

tenga sólo 1 hijo, ya que tampoco era ni es frecuente en nuestro medio, aunque ahora se empieza a ver en las parejas más jóvenes. Es muy probable que esto se deba a la existencia del TPR como ya se vio en el estudio comentado en el apartado d). La mayoría de la muestra (casi un 38%) tenía 2 hijos. En una investigación muy reciente y novedosa realizada en un Instituto de Neurociencias Israelí¹⁶⁵ se examinó la relación entre el TEPT y la preferencia lateral cerebral, reflejada por el uso de las manos, en las tropas de combate de la reserva israelí. Se recogieron datos de 147 combatientes reservistas diestros que rellenaron el inventario de uso de las manos de Edimburgo, un cuestionario examinando la severidad de los síntomas de TEPT y un cuestionario sobre los detalles del servicio militar y estado familiar. Los participantes sin hijos exhibieron significativamente más síntomas de TEPT en comparación con los participantes con hijos pero no difirieron en los niveles de preferencia lateral. Un análisis de regresión lineal múltiple reveló un patrón alterado en la relación entre la severidad de los síntomas de TEPT y preferencia lateral entre los dos grupos. Según estos investigadores esta alternancia puede sugerir que ser padre podría obligar a un reservista a inhibir el uso de mecanismos de evitación para sobrellevar recuerdos intrusivos, resultando en la reducción de los síntomas visibles del TEPT y contribuyendo a su sincronización con la preferencia lateral respectivamente.

Las *características profesionales* de la muestra van a discutirse también de forma esquemática. Como en las características personales se analizarán muy especialmente aquellas variables en las que, en un primer estudio, evidenciaron relaciones estadísticas bivariadas con la aparición de algún TPR. También aparecerán en negrita;

- a) *Edad a la que comenzó a trabajar*: resulta interesante destacar la precocidad a la que la muestra empezó a trabajar, un poco antes de cumplir la mayoría de edad, relacionada con pertenecer en su mayor parte a personas con escasa cualificación profesional en la base de la Institución militar.
- b) *Tipo de trabajo inicial*: también resulta interesante comprobar que más de la mitad de la muestra comenzó a trabajar en profesiones distintas a la de militar. Este hecho puede ser debido, a que se tarda en general unos años en poder acceder a la profesión militar y en particular a un puesto en la GC.

- c) *Problemas de adaptación a su trabajo inicial*: el 10% de la muestra tuvo problemas de adaptación a su trabajo inicial o NS/NC, quizás en los individuos de la muestra más proclives a presentar patología psiquiátrica por su predisposición personal.
- d) *Ejército de pertenencia*: resulta muy llamativo el peso que tiene precisamente el Benemérito Cuerpo (GC) en relación al resto de Ejércitos y Cuerpos en la muestra. Ello podría deberse a las misiones específicas y al nivel de exposición a eventos criminales, que soporta de forma continuada este instituto armado. Por otra parte uno de los acontecimientos más frecuentes en el estudio son los atentados terroristas que han afectado sobremanera a la GC y es que se trata probablemente, del acontecimiento que mejor y más fidedignamente puede documentarse. En estudios desarrollados con militares expuestos a escenarios bélicos (Irak y Afganistán), como el desarrollado por LA Hines y Cols., se puede ver como los TEPT afectan fundamentalmente a los “Marines” de la “Navy” norteamericana y en Irak más que en Afganistán, en comparación a otros ejércitos y cuerpos tanto de EEUU como de otros países¹⁶⁶. Esto coincide con estudios previos en los que se ve que, utilizando regresiones logísticas, el despliegue en Irak y Afganistán aumenta las probabilidades de desarrollar TEPT substancialmente, en comparación con aquellos en otras tareas, con el mayor efecto observado para la Marina de guerra, en donde están los “Marines” (OR = 9.06, $p < 0,01$) y el efecto más pequeño para la fuerza aérea (OR = 1.25, $p < 0,01$)¹⁵¹. Por tanto el nivel de exposición de los distintos militares parece crucial a la hora de presentar un TPR, especialmente los más graves, con mayor predilección por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado de naturaleza militar y por aquellos Ejércitos y Cuerpos más operativos. Para comparar con la población civil, Enguita y Ramos¹⁵⁸ en su estudio sólo pudieron detallar la actividad de los trabajadores en 5.354 procesos psiquiátricos reactivos (89,27%). El 17,7% de los trabajadores (1.060) pertenecía a la ocupación de Técnicos y profesionales de apoyo. El 16,1 % (963) se encontraba en Servicios de restauración, personales, protección y vendedores. Otro 15% (899) eran Trabajadores no cualificados. Entre los tres grupos sumaban el 48,72% del total de los trabajadores estudiados. Le siguieron en orden de frecuencia; administrativos, artesanos, manufacturadores, trabajadores de la cons-

trucción y de la minería, operadores de instalaciones y maquinaria y profesionales, científicos e intelectuales. A mucha distancia directivos de empresa y de la administración pública. Y como segmentos menos frecuentes los trabajadores del sector primario (agricultura y pesca) y que trabajan en las FAS (se entiende que no militares). En este estudio, según sus autores, no parecía que un determinado tipo de ocupación de los trabajadores estuviera más relacionado con esta patología en su muestra de evaluación. Los grupos, además, no eran equiparables en cuanto a sus características de cualificación laboral.

- e) **Empleo (Rango) militar:** el empleo más frecuente es el que constituye la base de la institución militar (Soldado o GC) y también el de Cabo 1º. La razón por la que los Cabos 1º's parecen más proclives a presentar un TPR, podría deberse a que son un grupo bastante numeroso en general y en particular en los peritajes médico-militares, a una mayor antigüedad de los mismos y a unas menores expectativas profesionales a medio y largo plazo. En diversos estudios como el realizado por Iversen y Cols¹⁶⁷ en las Fuerzas Armadas Británicas, se ha señalado que el menor rango está asociado a mayor riesgo de TPR. Dicho trabajo es un estudio de cohortes retrospectivo que comparaba una muestra aleatoria de los militares de Reino Unido desplegados en la guerra de Irak en 2003, con un grupo de control que no fueron desplegados. Los síntomas de estrés postraumático se asociaron con un menor rango militar, no estar casado, nivel educativo bajo y una historia de adversidad en la infancia.
- f) **Militar de carrera (permanente):** el hecho de la mayor parte del personal militar incluido en la muestra sea permanente obedece a que en su mayoría se trata de miembros de la GC y, en ese instituto armado, todos sus miembros son militares permanentes (de carrera). Si obviamos a la GC, el peso de los no permanentes aumenta considerablemente.
- g) **Antigüedad en el servicio (años):** la antigüedad en años desde el ingreso hasta que sucede el acontecimiento es notable (> de 12 años) por lo que, según los datos de este estudio, un TPR se da a edades tempranas pero no en los primeros años de la carrera militar. Por tanto los TPR se dan en militares relativamente jóvenes con una trayectoria militar de más de una década de recorrido. Ello hablaría de una cierta “resiliencia” a los factores estresantes y/o traumáticos durante los primeros años de la carrera militar, cuyas causas sería del todo

interesante encontrar. Podrían agruparse “*grosso modo*” en internas (como por ej. la ilusión y motivación propia del comienzo de una carrera que se confronta con las posibilidades reales y que van disminuyendo con los años de servicio) y en externas (como por ej. espera forzada de unos años mínimos de antigüedad para garantizarse una pensión determinada dependiente de los años cotizados).

- h) *Situación militar*: para finalizar con este apartado merece la pena destacar que más del 80% de la muestra está aún en servicio activo al acudir a la JMPP y que esto es en gran parte lógico habida cuenta de que su expediente de aptitud psicofísica, y por tanto su situación militar, está aún pendiente de su resolución.

Por su parte, las *características socioeconómicas* de los sujetos de la muestra incluidas en el estudio fueron nueve. Casi todas ellas podrían considerarse a priori como post-acontecimiento. Aparecerá en negrita la variable que, en un primer análisis, evidenció una relación estadística bivariada con la aparición de algún TPR;

- a) ***Adaptación social insatisfactoria***: casi la mitad de los sujetos de la muestra presentan una adaptación social insatisfactoria y casi un tercio no sabían responder a esa pregunta o no la querían contestar. No podemos saber si la adaptación social insatisfactoria era previa al acontecimiento, si modula el TPR (el DSM-5 reconoce al apoyo social como un factor protector de TEPT), si se agravó la que pudiera existir o si se debe al mismo, aunque parece lógico suponer que tenga mucho que ver la presencia del TPR diagnosticado, como pudo observarse en un estudio realizado en un grupo de 35 policías militares afectados de TEPT que se encontraban en Irak en Abril de 2006 durante un ataque terrorista. Los resultados de ese estudio indicaron que las personas afectas de TEPT muestran déficits en la cognición social en comparación con sujetos sanos¹⁶⁸. En un estudio aún más reciente, el estrés postraumático y su estigma anticipado de familiares y amigos fueron explorados como correlativos de la posibilidad de buscar apoyo entre 153 militares estadounidenses desplegados en Irak y Afganistán¹⁶⁹. Los resultados mostraron que el TEPT y el estigma anticipado estuvieron asociados negativamente con la probabilidad de obtener el apoyo.

- b) *Amigos íntimos*: la mayoría de los sujetos de la muestra tienen amigos íntimos. Y lo más frecuente de todo es que tengan varios amigos íntimos además de los dos sexos (Casi un 40% de los casos). Sólo un 20% manifiesta no tener ninguno o no se manifiesta al respecto. Por tanto el hecho de presentar un TPR no parece afectar, en esta muestra, a la existencia, número y cualidad de amigos íntimos. Esto contrasta con lo referido en el apartado anterior y parece poder estar indicando que el apoyo social protector ha podido fallar fuera del alcance de su círculo más cercano.
- c) *Participa en asuntos culturales*: más del 75% de los casos no participan nada o participan poco en estos asuntos. Es una cifra que puede resultar comprensible ya que los pacientes presentan un TPR y eso puede justificar esa escasa participación.
- d) *Participa en asuntos deportivos*: como en el apartado anterior más de $\frac{3}{4}$ de la muestra no participan nada o poco en asuntos deportivos. Lo dicho en el apartado anterior también es aplicable para los asuntos deportivos.
- e) *Detenido en alguna ocasión*: la inmensa mayoría de los peritados incluidos en este estudio no han sido detenidos en ninguna ocasión (casi el 88%). Pero no deja de resultar extraño que 12 funcionarios públicos al servicio de la Defensa del Estado están incluidos entre los que manifiestan haber sido detenidos alguna vez o no contestan a esta pregunta. Para intentar demostrar si había relación entre conducta antisocial y TEPT se publicó un primer estudio hace poco más de 2 años¹⁷⁰ ya a nivel militar, en el que se demostraba una relación entre la conducta antisocial pre y post TEPT.
- f) *Ocasiones en las que ha sido detenido en caso de detención*: de los 6 casos manifestados como detenidos en 5 de ellos solo se detuvo en una ocasión. El restante en 2 ocasiones. Este último caso llama, lógicamente, aún más la atención pero resulta anecdótico.
- g) *Edad a la que se produce la detención*: la edad media a la que se produce la detención es de poco más de 35 años. Se trata de un dato que no parece tener mayor trascendencia.
- h) *Principal fuente de ingresos familiar*: la principal con diferencia es el salario del peritado (en casi la mitad de casos) y en el 28% el salario conjunto del pe-

ritado y de su pareja. Llama poderosamente la atención que el 14% de la muestra no haya contestado a esta simple pregunta.

- i) *Tiene problemas económicos importantes*: en este caso casi el 20% de ellos no se manifestó tampoco al respecto de si presenta problemas económicos graves. Este 14% y este 20% podrían deberse a que los peritados no quieren declarar su recurso económico básico y sus posibles problemas económicos para evitar que se les puedan recortar posibles compensaciones económicas. Y es que se ha observado que los TEPT relacionados con el combate se han asociado con graves problemas médicos y económicos entre veteranos militares de Estados Unidos¹⁷¹. En el estudio de Enguita y Ramos¹⁵⁸ se encontró que la mayor parte de los trabajadores de baja por procesos psiquiátricos reactivos tenía un sueldo medio, con base reguladora entre 31 y 65 euros, base en la que se encontraban la mayoría de los trabajadores de la Mutua en ese periodo. Los procesos con base reguladora menor (<31 euros) tenía una duración media mayor (179 días), los de base reguladora intermedia (31 y 65 euros) tenían una duración media de 161 días y los de una base más alta (>65euros) una duración media de 156 días. El 91,45% eran trabajadores por cuenta ajena y sólo el resto por cuenta propia. Y la forma de pago de la prestación era en pago delegado en más del 60% y en pago directo en el resto. Por todos estos datos y en su discusión, se llega a afirmar que los factores socioeconómicos pueden llegar a ser más importantes a la hora de determinar la duración de una ILT por procesos psiquiátricos reactivos, que incluso la propia patología psiquiátrica.

El estudio de la *historia personal (psicobiografía)* de los casos de la muestra comenzó con los correspondientes al embarazo y al parto mediante el que nacieron. Como en los casos anteriores resultan especialmente interesantes aquellas variables que en un primer análisis evidenciaron relaciones estadísticas bivariadas con la aparición de algún TPR. Se mostraran en negrita;

- a) *Embarazo*: las cifras recogidas del mismo podríamos situarlas dentro de lo que ocurre habitualmente en la población y es que es un dato biográfico que desconocen muchas personas, a pesar de la importancia que tiene en el futuro desarrollo de la persona. Por tanto no resulta nada extraño que más del 25% de la muestra no lo conozca y que en los casos en los que se conoce sólo se afir-

me que hubo problemas en uno de los casos. Se reconoce normal en algo más del 72% de los casos. Se han realizado búsquedas sistemáticas acerca de la relación de esta variable con algún TPR sin haber obtenido ningún estudio que lo analice, entre otras cosas y fundamentalmente, porque no existe un descriptor en ciencias de la salud que tipifique la historia personal en su conjunto ni el embarazo propio y sus posibles problemas y complicaciones. Por eso se puede considerar que este trabajo comienza a explorar este aspecto.

- b) **Parto:** cae el desconocimiento del mismo al 20%, probablemente por ser más problemático y es que hubo problemas en un número no desdeñable de casos (6) y precisó asistencia en 3 casos. Se reconoce normal en poco más del 70% de los casos. Si importante es el embarazo que desarrolla una persona, aún lo es más el parto mediante el se viene al mundo. A finales de febrero de 2014 unas imágenes difundidas por diversos medios televisivos dieron la vuelta al mundo, demostrando el tremendo impacto que tiene para una persona ese momento de su biografía. Se trataba de un niño recién nacido, con apenas unos segundos de vida respirando por sí mismo, que se aferraba a su madre intentado agarrarse a ella cuando se le separaba de la misma. Se puede afirmar con toda rotundidad que significa el primer y necesario primer acontecimiento de cierta importancia e intensidad que viven todos los seres humanos. A esta variable le es aplicable lo referido en el apartado anterior en relación a la existencia de bibliografía sobre la misma.
- c) *El desarrollo hasta los 3 años (1ª infancia):* es reconocido como normal por una amplia mayoría de peritados (más del 90%) sin que se señalen problemas en general en el mismo en ninguno de los casos. Sólo un 8% de la muestra reconoce no conocer el desarrollo de este periodo, un porcentaje posiblemente demasiado bajo teniendo en cuenta que es una etapa de la que se suelen guardar pocos recuerdos. Al ser preguntados puntualmente por diversos aspectos de esa época se llegan a confirmar 5 casos de **rabietas**, 3 de **inquietud**, 3 de problemas en la alimentación y 2 de retraso en hablar. Al parecer estos detalles no deben de ser muy importantes para los peritados y da la impresión de que son reconocidos por ellos de manera casi anecdótica. Pero tienen su importancia, como demuestra un estudio australiano¹⁷² cuyos resultados indican que la capacidad verbal inferior en la primera infancia, es un factor de vulnerabilidad

para TEPT en mujeres (no en los hombres). Y podría constituir un factor de riesgo específico de género responsable de parte del creciente riesgo de TEPT en mujeres en comparación con los varones.

- d) *Recuerdos entre los 3 años y los 11 años (2ª infancia)*: la mayoría de peritados afirma tener unos recuerdos agradables de ese periodo y muy pocos los tiene desagradables (sólo 3). Si cabe resaltar que entre recuerdos ausentes, indiferentes o no contestados suman 11 casos lo que resulta a todas luces excesivo ya que es un periodo que sí suele recordarse en todas las personas. En diversos trabajos se han estudiado las vivencias en esta etapa y su relación con presentar determinados trastornos psiquiátricos. Los más actuales¹⁷³, demuestran que los niños adoptados con historia de maltrato severo durante esta etapa de la vida presentan problemas psiquiátricos complejos e incapacitantes entre los que se encuentran el TEPT, el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y el trastorno reactivo de vinculación.
- e) *Problemas en la 2ª infancia*: de todas los problemas que fueron consignados por los peritados en este periodo destacan; **el aislamiento, retraimiento y la timidez** que señalaron 6 peritados, las dificultades para relacionarse con otras personas con 5 casos marcados (17 sin contestar a esta pregunta), las **dificultades en la atención y en la concentración** con 6 casos, las mentiras frecuentes con 5, **los miedos, temores y fobias** con 6 casos, el **absentismo escolar** con 6 casos y la presencia de retraso escolar con 5 casos. Por tanto lo más señalado corresponde a un perfil de niño con escasas habilidades sociales. En este sentido resulta muy interesante el estudio de Chen y Cols.¹⁷⁴ realizado con un grupo de 158 casos de reclutas jóvenes con su correspondiente grupo control y en el que se demuestra a la alexitimia (desarrollada durante estos años) como un factor predictor de TAD. Otros estudios recientes que interesa destacar en relación a los problemas que se estudian en este apartado son; el que llevaron a cabo Biederman y Cols¹⁷⁵ en el que el TEPT fue significativamente mayor en un grupo de casos de TDAH que en un grupo de controles y el que tuvo lugar con 222 veteranos de guerra norteamericanos¹⁷⁶ y en donde se pudo ver una relación entre la severidad de un TDAH y la severidad de un TEPT. Para finalizar con este apartado hay que citar un trabajo realizado en el Centro de Investigaciones de Sanidad Militar del Reino Unido¹⁷⁷ que, curiosamente,

comienza afirmando que aún no se había encontrado una asociación entre el despliegue en Irak o Afganistán y un mayor riesgo global para el trastorno de estrés postraumático (TEPT) en las fuerzas armadas de UK. La falta del efecto de despliegue, según estos autores, podría explicarse mediante la inclusión, en el grupo de comparación, de personal desplegado en otras operaciones o que hayan experimentado estresores traumáticos no relacionados con el despliegue. La muestra comprendía a un total de 8261 miembros de las FAS del Reino Unido desplegados en Irak, Afganistán u otras áreas operacionales o que no fueron desplegados. Los participantes completaron la versión civil del trastorno de estrés postraumático (PCL-C) y proporcionaron información sobre historia de despliegue, demografía y factores de servicio, accidentes graves y experiencias de la niñez. Las conclusiones a las que se llegó fueron que para las FAS del Reino Unido, el despliegue en Irak, Afganistán o en otros lugares no le confiere mayor riesgo para TEPT, salvo en el caso de las tropas de combate. Factores de vulnerabilidad como el menor rango, dejar el servicio, la adversidad de la niñez y haber tenido un accidente grave, podrían ser al menos tan importantes como el papel de combate, en la predicción de TEPT en personal de las FAS del Reino Unido.

- f) ***Relaciones con los padres en la 2ª infancia:*** las relaciones con los padres de los peritados en este periodo de tiempo destacan porque son malas en un 2%, muy malas en un 1% y sobre todo porque un 10% NS/NC sobre ese particular. El hecho de que no se pronuncien podría deberse a presentar unas relaciones malas o muy malas o que no las recuerden por ello.
- g) ***Enfermedad/Accidente importante en la 2ª infancia:*** Un aspecto interesante es que un 8% de la muestra refiere haber presentado una enfermedad importante en la 2ª infancia. Por otra parte, sólo un 3% manifestaron haber presentado un accidente importante durante esta fase de su vida. El último estudio del apartado e) remarca la posible importancia de esta variable en la aparición de algunos TPR.
- h) ***Recuerdos de la última infancia y adolescencia:*** los recuerdos de la última infancia y de la adolescencia son mejores que los del periodo anterior. Sólo declaran que son desagradables 2 casos. Entre indiferentes, ausentes o NS/NC suman 7 casos. La razón de ello puede estar en que es una etapa asociada en

general a mejores recuerdos por ser una etapa de experiencia de libertad y de rebeldía, de compartir vivencias muy intensas con amigos y por ser la etapa donde se establecen las primeras relaciones afectivas de pareja.

- i) ***Dificultades de adaptación escolar en la última infancia y adolescencia:*** por otra parte las dificultades de adaptación escolar afectaron a más del 13% de la muestra y en 5 casos no se pronunciaron los peritados ante esta pregunta. Se han intentado diversas búsquedas de estudios que intenten relacionar estas variables sin éxito.
- j) ***Enfermedad/Accidente importante en la última infancia y adolescencia:*** las enfermedades y los accidentes comparten su poca frecuencia en este periodo (5 casos). Ver apartados e) y g).
- k) ***Recuerdos de la edad adulta:*** los recuerdos de la edad adulta son notablemente peores que en los periodos anteriores de tal manera que resultan desagradables en casi el 40% de los casos. Probablemente esto se deba al acontecimiento y a sus consecuencias, ocurrido durante esta fase.
- l) ***Enfermedad/Accidente importante en la edad adulta:*** en la edad adulta se padecieron más enfermedades que accidentes lo cual resulta a todas luces lógico, puesto que con la edad se minimiza la exposición a acontecimientos y aumenta la probabilidad de presentar enfermedades.
- m) ***Nivel escolar alcanzado:*** más de la mitad de la muestra se reparte entre tener el bachillerato acabado (casi el 30%) y haber cursado exclusivamente estudios primarios (casi el 25%). En general el nivel escolar tiene una tendencia a ser más bien básico. Esto concuerda con estudios como el realizado por Engelhard y cols¹⁷⁸ en mujeres embarazadas y en el que se pudo observar como el bajo nivel educativo era un factor predictor de TEPT. Pero por otra parte en una reciente publicación, como parte del estudio europeo de la epidemiología de los trastornos mentales (ESEMed-Spain)¹⁷⁹ se vio que, aparte de que los accidentes en carretera son los acontecimientos que más se asocian a TEPT, el bajo nivel educativo está asociado a un menor riesgo por presentar una menor exposición. Finalmente, y para concluir con la historia personal de los peritados incluidos en el estudio, la mitad de los mismos lo encuentran insuficiente y un 13% de ellos ni siquiera responden a esa pregunta. Este pensamiento es muy frecuente entre aquellas personas que adquieren un menor nivel educativo y

tienen acceso a puestos de menor cualificación y remuneración, pero no se han encontrado datos estadísticos al respecto.

Dentro de las *características clínicas* recogidas en este trabajo se encuentran;

- a) *Número de bajas médicas previas al acontecimiento*: destaca un número de bajas médicas previas al acontecimiento en el medio militar elevado, con una media de casi 6 bajas médicas, en los pocos casos en los que este dato ha podido recogerse. Ello podría apuntar a una cierta propensión a dichas bajas médicas por predisposición física y/o psíquica a presentar patología médica o psiquiátrica y/o a su “utilización” previa como excusa ante diferentes adversidades personales, laborales o de cualquier otra naturaleza.
- b) *Días que transcurren desde el acontecimiento hasta la baja inicial*: en nuestra muestra al 32% le otorgaron la baja médica el mismo día del acontecimiento, al 2% al día siguiente y al 65% al segundo o posteriores días, si bien en un 31% de la muestra desconocemos ese dato. Resulta además que, en nuestra muestra, la mediana de días que pasan desde el acontecimiento hasta la baja inicial es más alta en los que presentan eventos más graves y acaban desarrollando un TEPT o una TPP. Esto contrasta con los datos obtenidos en otros estudios como la revisión, sobre la base de siete estudios previos, realizada en conductores de transporte público por Clarner y Cols. En este trabajo se observa que tras un evento traumático, un total de entre el 69 y el 81% de los conductores estaba de baja médica¹⁸⁰.
- c) *Motivo de la baja inicial*: predomina con mucha diferencia la presencia de secuelas psíquicas sobre las físicas (65/24), en tanto que en un 10% de los casos fueron ambas secuelas el motivo de la baja. Esto era esperable si se conoce que la mayoría de los eventos no produjeron lesiones orgánicas de consideración.
- d) *Alta posterior a la baja inicial*: conviene destacar que a una gran parte de los peritados (más del 62% de ellos), no se les otorgó un alta médica tras la primera baja inicial. Y en algo más del 37% de los casos fueron dados de alta y luego sufrieron una o varias recaídas que acabaron en la ILP. Enguita y Ramos¹⁵⁸ en su estudio encontraron que sólo 107 casos (1,8% de su muestra) acabaron siendo dados de alta por ILP. Y encontraron una relación entre el alta por ILP

y ser mujer, recaída previa y pago directo por cuenta ajena. En este estudio sólo tuvieron recaídas 541 casos (9,7%), la mayoría en mujeres. Y se solicitó al menos una propuesta de alta en 1520 casos (25,34%) y para el 50% de ellos se hace sobre el 95° día de baja (muy por encima de los tiempos estándar de baja que recomienda el INSS). Por tanto en este trabajo y comparándolos con los datos de trabajadores civiles de los que disponemos en el estudio citado; la mayoría de ellos no se vuelven a incorporar tras el acontecimiento (mucho más que en trabajadores civiles) y en aproximadamente un tercio de casos fueron dados de alta tras la baja inicial (mucho más que en trabajadores civiles),

- e) *Días que transcurrieron desde la baja inicial hasta el alta si la hubo:* en los casos en los que se otorgó el alta pasaron sólo 3 meses de media desde la baja inicial hasta el alta. Esa cifra podría indicar una cierta resistencia a permanecer de baja laboral especialmente en los casos más graves (TEPT-TPP) en donde la media de días es mucho más baja. Esto contrasta también con el estudio comentado en el apartado b), y en el que se apreció que la baja médica duraba un promedio de entre 3 y 19 días en los conductores de transporte público tras un evento traumático¹⁸⁰. Enguita y Ramos¹⁵⁸ por su parte, vieron que la duración en días de los procesos hasta la propuesta de alta por recuperación o por ILP (sin incluir los procesos con recaídas) era de 173 días con la distribución siguiente; la mayoría de procesos (18,2%) tenían una duración de entre 31 y 60 días, casi el 15% entre 61 y 90 días y poco más del 10% entre 91 y 120 días. El 11,8% superó el año y el 3,6% los 18 meses. Y obtuvieron una relación entre la duración de los procesos y la edad, ya que el mayor número de procesos está en el tramo de duración de 31 a 60 días para todos los tramos de edad excepto para mayores de 65 años. Además los procesos que duraban más tiempo de media eran los menos frecuentemente diagnosticados y la duración media de las bajas de cada diagnóstico superaba con creces el tiempo estándar que marca el INSS para cada uno de ellos. En el caso del TEPT la duración media fue de 265 días cuando el INSS marca 90 días.
- f) *Toma de medicación psicofarmacológica en el momento de la evaluación:* la mayoría de peritados (casi un 90%) vistos en la JMPP estaban tomando medicación en el momento de ser explorados y es que como se ha mencionado se

trata de cuadros de una considerable importancia. Y los cuadros más graves (TEPT-TPP) toman más medicación, lo cual resulta lógico.

- g) *Hospitalización posterior al acontecimiento relacionada con el TPR*: a pesar de lo expuesto en el apartado anterior, sólo un 7% de la muestra fue hospitalizado por causa psiquiátrica. Cuando requirieron ingreso fue en los casos de TEPT-TEP (6 casos y de estos 4 casos de TEPT y 2 casos de TPP). En general el número de ingresos es escaso siendo lo máximo de 3 ingresos en uno de los casos de TEPT y 2 ingresos en uno de los casos de TPP. El resto sólo ingresaron en una ocasión. Esto contrasta con los resultados de otros estudios como el publicado a finales del año 2013¹⁸¹ en el Hospital Militar Central de Bogotá con militares que presentaban un TEPT y en el que se vio que sólo el 26,7% de los casos del estudio no precisó de hospitalizaciones, el 58,9% requirió entre 1-4 hospitalizaciones y el 14,4% restante 5 o más hospitalizaciones. En nuestra muestra no fueron hospitalizados el 83,3%.

El estudio de las *características diagnósticas* de la muestra incluida en el estudio nos muestra que;

- a) Las JMPO's tienden a diagnosticar cuadros mixtos ansioso depresivos en casi un cuarto de los casos probablemente por ser un cuadro de mejor encuadre sindrónicamente con la mayoría de pacientes. Los siguientes dos cuadros más diagnosticados son el TEPT (17%) y el TAD (17%) en las ocasiones en las que está mejor documentado el acontecimiento. Los TDP y OT son diagnosticados en pocos casos (en un 13% de ocasiones en ambos diagnósticos). Los TA siguen en frecuencia resultando algo más diagnosticados que los TD por escaso margen (8% y 6%) respectivamente. Por tanto parece que en las JMPO's se aprecia en general más sintomatología depresiva que ansiosa. El hecho de que las JMPO's sólo diagnostiquen un caso de TPP puede explicarse por el hecho de que es un cuadro que requiere un análisis y una exploración más detenida y porque es un cuadro larvado y que se manifiesta mejor con el paso del tiempo. Por otra parte resulta llamativo el grado de discapacidad medio otorgado por las JMPO's que es de 24,33% (discapacidades leves), por debajo de la incapacidad laboral total. Por tanto, parece haber una tendencia a aplicar porcentajes de discapacidad menores en las JMPO's. Aún es más lla-

mativo ya que sólo un 17% de los casos fueran determinados con relación causa-efecto, cuando la JMPP los determinaría finalmente a todos con esa relación.

- b) En cuanto a la participación pericial de los EVO's de las CCAA destaca que sólo evaluaron a una pequeña parte de los casos, cuya explicación habría que darla en la mayor determinación de éstos por afirmar su patología y relacionarla con el evento en cuestión. El porcentaje que suelen establecer es en general bastante alto (discapacidades graves).
- c) El motivo por el que los peritados acaban siendo examinados en la JMPP está claramente desplazado a favor de las alegaciones del peritado que alegan dictámenes previos que consideran desfavorables.
- d) La JMPP diagnostica fundamentalmente TEPT, TADP y TDP por este orden. Los trastornos más aislados como los TA y los TD son raros. El porcentaje medio de discapacidad que asigna está entre el que asignan las JMPO's y los EVO's de las CCAA (discapacidad moderada).
- e) En el comentado estudio de Enguita y Ramos¹⁵⁸ se diagnostican 47 casos TEPT en el periodo estudiado (0,78%), fundamentalmente en el tramo de edad entre los 25 y 34 años. Y en 5944 casos un TAD, fundamentalmente TAD de forma genérica (2635, un 43,98%). Cuando se optó por especificar un tipo de TAD los más frecuentes fueron los TAD mixtos ansioso-depresivos (1281 procesos, un 23,38%), TAD con ansiedad (925 procesos, un 15,43%) y los TAD con alteraciones mixtas de las emociones y de la conducta (333 procesos, un 5,55%).

El primer objetivo específico consistía en determinar la *influencia del tipo de acontecimiento sufrido y el cuadro clínico diagnosticado en la JMPP (Acontecimiento vs TPR)*. Al proceder a analizar la asociación estadística entre ambas variables se observó que no existía por escasa cuantía ($p=0,06$). Ello nos indica una cierta “*inespecificidad*” de los sujetos de la muestra a la hora de “reaccionar” a los diversos acontecimientos durante el servicio. Pero cuando se analizó la asociación con ambas variables agrupadas, lo cual resultaba conveniente y lógico, sí se apreció una asociación estadísticamente significativa. El dato más sobresaliente de este análisis fue que casi el 80% de los atentados terroristas y escenarios bélicos acabaron ocasionando un TEPT o una TPP. Esta relación era a priori

la más probable, puesto que para que se pudiera diagnosticar un TEPT o una TPP era necesario haber sufrido un acontecimiento excepcional y con una importante intensidad-magnitud. Pero resultó que en los otros grupos (TAD, TADP etc.), los acontecimientos también podían ser muy excepcionales. Entonces hablaríamos en este estudio de una “*doble inespecificidad*”, es decir, acontecimientos excepcionales pueden o no producir un TPR grave como señala el DSM-5 y los TPR graves pueden producirse por acontecimientos excepcionales y no tan excepcionales (al menos eso es lo que se ve en uno de los casos de TPP relacionado con una situación de entorno laboral desagradable u hostil extremo). Por otra parte, los acontecimientos excepcionales podrían hacer inclinar la balanza a la hora de emitir su diagnóstico por razones de “*empatía profesional corporativa*”. Esto sería un hecho que convendría controlar y que parece no haber sucedido en este estudio, ya que, en 6 casos de atentados terroristas y/o escenarios bélicos no se diagnosticó ni un TEPT ni una TPP.

El siguiente objetivo específico era el de estudiar *la influencia de las características personales, profesionales y socioeconómicas y de los antecedentes personales incluidos en el estudio de los sujetos peritados en el cuadro clínico desarrollado posteriormente, estableciendo un perfil diferencial de sujeto que presenta alguno de los TPR agrupados*. Para conseguir este objetivo en primer lugar se seleccionaron una serie de variables de la forma que fue expuesta en los resultados. En la regresión logística que se realizó por cada uno de los 4 primeros TPR agrupados resultó que en el primero de ellos (TEPT-TPP) el perfil que se encontró es el de un GC, con parto no normal (en el que hubo problemas y/o precisó asistencia) y presencia de aislamiento-retraimiento-timidez en la 2ª infancia. De estas tres variables la que tuvo más peso y significación estadística fue la de ser GC frente a no serlo. Así se puede establecer que ser GC, dentro de la población militar, implica 5 veces más riesgo de presentar un TEPT y/o una TPP que no serlo. Este hecho podría ser debido al gran número de GC que tiene la muestra a pesar de que ese aspecto está controlado en la regresión, a que la GC presenta mayor nivel de exposición y al hecho de haber sido los más castigados por fenómenos especialmente intensos, interpersonales, intencionales y que se pueden documentar mejor como son los atentados terroristas. El segundo modelo (el de los TAD) resultó ser inestable y del mismo no se puede extraer ninguna interpretación. El modelo de los trastornos ansiosos nos informó de un perfil constituido por el de un peritado con un número elevado de hermanos, con parto no normal y con malos recuerdos en la última infancia y en la adolescencia. De estas tres

variables la que tuvo más importancia y significación estadística fue el parto no normal. Tener un parto no normal, por tanto, implica un 80% de mayor riesgo de tener un Trastorno ansioso reactivo. El modelo para los trastornos depresivos resultó ser inestable y, como en el caso de los TAD, de él no se puede extraer ninguna posible discusión.

El tercer objetivo específico consistía en estudiar la relación entre las variables clínicas con los distintos TPR agrupados en 5 categorías;

- a) La primera de las variables clínicas, el *número de bajas médicas previas al acontecimiento*, no se relacionó con ninguno de los TPR agrupados ($p=0,713$). El principal problema para poder o no establecer una relación entre estas variables, fue la existencia de una elevada dispersión en cuanto al número de bajas previas en los 5 grupos. Por esa razón, no se pueden extraer conclusiones claras o un patrón definido.
- b) La segunda variable clínica fueron los *días que transcurren desde el acontecimiento hasta la baja inicial*. Tampoco se encontró una relación estadísticamente significativa entre estas variable con los TPR agrupados ($p=0,400$). En este caso el motivo es que, a pesar de que TPR como los TAD y los Trastornos depresivos manifiestan unas dispersiones más o menos asumibles, el resto de TPR ofrecen otras exageradamente elevadas, llegando a extremos cercanos a los 15 años de rango intercuartílico en los Trastornos ansiosos.
- c) La tercera variable clínica que se analizó fue el *motivo de la baja inicial*. Como en el caso de las dos variables anteriores tampoco se encontró una relación estadísticamente significativa entre la misma y los distintos TPR ($p=0,562$). Para poder encontrarla habría, en todo caso, que aumentar el tamaño muestral y balancear la muestra.
- d) La cuarta variable que se intentó relacionar con los distintos TPR fue si hubo un *alta posterior a la baja inicial*. Los TPR que más se altas posteriores a la baja inicial ocasionan son los Trastornos depresivos, seguidos del grupo TEPT-TPP. No se observó una relación estadísticamente significativa entre el haber tenido un alta posterior a la baja inicial y los diferentes TPR ($p=0,835$).
- e) La quinta variable estaba constituida por los *días que pasaron desde la baja y el alta si es que esta existió*. Los cuadros más graves (TEPT-TPP) tienen una medias de días que transcurren entre la baja y el alta claramente más baja (cerca

de 40 días), en tanto que los cuadros menos reactivos (OT) son los que tienen una mediana más alta (unos 160 días). No obstante no se encontró tampoco una relación estadísticamente significativa entre los TPR agrupados y esta variable ($p=0,490$).

- f) La sexta variable estudiada es si los peritados *tomaban medicación en el momento de ser evaluados*. A pesar de que tomaban más medicación los TPR más graves (TEPT-TPP), no se vio una relación estadísticamente significativa entre esta variable y los diferentes TPR ($p=0,472$).
- g) Y la última variable clínica que se intentó relacionar con los distintos TPR fue el hecho de si hubo o no *hospitalización posterior*. Como en el anterior apartado, a pesar de que los TPR más graves (TEPT-TPP) eran generalmente los hospitalizados, tampoco se observó una relación estadísticamente significativa, aunque en este caso por muy escaso margen ($p=0,062$). Por ello se ha revelado en este estudio, como la variable clínica más relacionada con los TPR, concretamente con los TPR más graves (TEPT-TPP).

El último objetivo específico era el de determinar las diferencias entre los distintos órganos que se encargaron de evaluar a los peritados.

- a) Las diferencias diagnósticas se establecieron entre los órganos periciales de la Sanidad Militar (JMPO's y JMPP) al no disponerse del diagnóstico en las actas que emiten los EVO's de las CCAA. La *fiabilidad (concordancia)* en el diagnóstico entre distintos examinadores es una vieja aspiración de la Psiquiatría sometida durante muchos años a multitud de criterios en función de las distintas escuelas psiquiátricas. En las décadas de 1950 y 1960 cualquier estudio de concordancia arrojaba concordancias muy bajas (inferiores al 60 %), debidas sobre todo a asunciones etiológicas sin base científica, al uso masivo de definiciones descriptivas y a la influencia de las ideas personales de cada maestro y de distintas “modas” terapéuticas. Las causas más frecuentes de varianza en la concordancia diagnóstica son; 1) varianza de criterio, 2) varianza de información, 3) varianza de interpretación y 4) varianza de observación¹⁸². En las décadas mencionadas se vio que en el 65% de los casos el principal problema de fiabilidad era el uso de criterios diagnósticos inadecuados, ahora recientemente mejorados en las clasificaciones actuales, y en el 30% eran los

defectos en la entrevista (cantidad de información, interpretación y observación). Existen además otras variables que afectan a la fiabilidad del diagnóstico relativo a los psiquiatras (personalidad del psiquiatra), a los pacientes-peritados, a la nomenclatura utilizada y al método de análisis. La otra gran propiedad del proceso diagnóstico, junto con la fiabilidad, es la *validez de las categorías diagnósticas*. Y hay que decir que las categorías diagnósticas validadas en psiquiatría son muy escasas, entre otras cosas por la ausencia de límites claros con la normalidad y entre ellas mismas. Existen cuatro tipos de validez aplicables a las categorías diagnósticas; 1) validez aparente o grado en que una definición describe una entidad y permite comunicarla, 2) validez descriptiva o grado en que una definición es exclusiva de un determinado trastorno y lo diferencia de otros, 3) validez teórica o grado de conocimiento de la etiología o proceso fisiopatológico subyacente y 4) validez predictiva o grado en que un diagnóstico permite predecir la evolución y respuesta al tratamiento y que es la que se sigue habitualmente en los diferentes estudios (estabilidad diagnóstica)¹⁸³. En una revisión¹⁸⁴ se observó que la estabilidad diagnóstica presenta importantes variaciones, desde el 29% en los trastornos de personalidad al 70% de la Esquizofrenia y el 50% en el trastorno bipolar siendo mayor en pacientes hospitalizados. Al observar las tablas que reflejan la concordancia entre los órganos de la Sanidad Militar, sobresale una mejor concordancia para los TADP y para los TAD. Esto podría deberse a que los criterios para diagnosticarlos son muy laxos y en ellos caben muchas situaciones de la vida cotidiana, a costa de cuestionar la propia validez de las mismas, especialmente del segundo de ellos. El hecho de que en los TEPT se dé una baja concordancia puede que se deba a sus mayores repercusiones legales. Los TDP suelen presentar una evolución larga y por ese caso su diagnóstico es más probable pasados unos años por lo que son diagnosticados fundamentalmente en la JMPP. Lo mismo le sucede a la TPP, sin que las JMPO's hayan diagnosticado ningún caso de este trastorno. La concordancia es débil cuando se comparan los diagnósticos con sus 8 categorías originales y aumenta a moderada cuando se produce su agrupamiento sindrómico, lo cual parece bastante razonable.

- b) Las diferencias en cuanto al porcentaje de discapacidad asignado por cada uno de los órganos que evaluaron al peritado arrojan, con las salvedades mencio-

nadas en los resultados, interesantes aportaciones. Las diferencias en este caso se aprecian “grosso modo” y son muy significativas a nivel estadístico ($p < 0,001$). Las JMPO’s parece que tienen una cierta tendencia a aplicar porcentajes de discapacidad más bajos. Especialmente destacan los casos que tienen un porcentaje muy por encima del patrón habitual en las JMPO’s y que son los casos 6, 50, 58, 74 y 91. Sería importante poder analizar cada uno de estos, y si fuera posible, también a los otros casos que se apartan de la norma para dilucidar a qué ha sido debido. Los EVO’s de las CCAA por su parte parecen tener la tendencia contraria, aplicando frecuentemente porcentajes de limitación muy elevados. Esto podría deberse a que éstos órganos valoran en su conjunto secuelas psíquicas, físicas y aspectos sociales. De todos modos, de los 16 casos de los que se dispone valorados por los EVO’s sólo en 14 disponemos del porcentaje de discapacidad otorgado y de ellos en 12 es poco probable que hayan puntuado en el aspecto físico, al habersele otorgado la baja inicial sólo por secuelas psíquicas. Finalmente la JMPP parece estar situada en un punto intermedio entre los dos primeros órganos, constituyéndose como un elemento equilibrador entre ambos. Las razones por las que la JMPP podría tener ese papel equilibrador habría que buscarlas en que; 1) tiene mejor y más completa información, 2) al trabajar colegiadamente se aúna la interpretación individual en colectiva 3) aumenta el tiempo que se dedica al caso y el número de observadores lo que aumenta el enfoque y mejora la observación del caso y 4) se sigue un método en la misma estandarizado. En las JMPO’s lo realmente modificable, y por otra parte necesario, es la asunción de una metodología a la hora de peritar a todas los exámenes en los que se alegue una relación de causalidad entre un acontecimiento ocurrido durante su servicio y un TPR. Y también la unificación de los criterios diagnósticos a aplicar. A todo esto habría que añadir y comentar que las JMPO’s presentan una cierta reserva a la hora de diagnosticar determinados cuadros como el TEPT o la TPP, en los que se reconoce una explícita relación causa efecto. Y es que ello lleva aparejado una mayor repercusión médico legal, con unos mayores beneficios primarios y secundarios para el peritado, y entre los que se incluyen una pensión final para el afectado mucho más elevada. Para concluir es necesario añadir que la labor pericial ha estado y está muy influenciada por los diferentes momentos en que

se realizan las evaluaciones y también por los contextos socio-culturales en los que se ha practicado. Estos contextos, como se pudo apreciar en los antecedentes históricos, han influenciado a su vez en los criterios diagnósticos de los distintos trastornos psiquiátricos. Huelga decir que hubiese sido deseable que esto no hubiera ocurrido y que no ocurriera, puesto que de ser así se corre el riesgo de adecuar la psiquiatría a las expectativas de los individuos y/o de las instituciones, perdiendo de este modo su necesaria independencia y su objetividad científica.

- c) Resulta muy interesante, y para finalizar, volver al archinominado estudio de Enguita y Ramos¹⁵⁸. En dicho estudio la inmensa mayoría de los procesos psiquiátricos reactivos fueron llevados por médicos generales (4911, el 81,9%), los psicólogos llevaron a 1006 procesos (el 16,8%) y los psiquiatras sólo 80 casos (1,3%). Y los tres profesionales coinciden en el diagnóstico más frecuentemente otorgado, un TAD de forma genérica sin especificar subtipo, 1990 por los médicos generales (40,52%), 639 por psicólogos (63,51%) y 29 por psiquiatras (36,25%). Los psicólogos son los que mayor número de procesos mantuvieron en el diagnóstico genérico de TAD. Y la duración media de los procesos controlados por un médico general fue de 162 días, de 168 días para los controlados por psicólogos y de 246 días para los controlados por psiquiatras. En un estudio realizado por médicos de otra Mutua¹⁶⁰ relativo a la influencia del peritaje en la duración de la ILT en la patología psiquiátrica más frecuente en contingencias comunes, en el que incluyen específicamente los trastornos de adaptación, los resultados les llevaron a cuestionarse si está justificada la derivación de los pacientes a un especialista externo y concluyeron que no lo estaba. Coinciden plenamente los resultados de ambos estudios, ya que la duración media de procesos controlados por psiquiatras es mayor a la de los controlados por médicos generales y psicólogos. La explicación de este hecho podría estar en la derivación a los psiquiatras de los pacientes con sintomatología más intensa y procesos más difíciles de controlar.

CONCLUSIONES

1. En relación a los factores etiológicamente relacionados con la aparición, el inicio o la exacerbación de los Trastornos Psiquiátricos Reactivos:

Se ha encontrado que diversos acontecimientos en el medio militar son susceptibles de hacer aparecer, exacerbar o iniciar un Trastorno Psiquiátrico (Reactivo), destacando por su frecuencia los entornos laborales desagradables u hostiles y, considerando las características de intensidad y magnitud de dichos acontecimientos, los atentados terroristas, los escenarios bélicos (en misiones internacionales en las que pueda existir una “complicación” ajena al objetivo inicial) y los accidentes (dentro y fuera del territorio nacional).

2. En relación a la especificidad de las respuestas:

Se observa que los acontecimientos que suponen la exposición a la muerte o a una lesión grave, como son los atentados terroristas, los escenarios bélicos y los accidentes (en los que hay una amenaza para la vida propia o ajena), se asocian a los trastornos más graves y persistentes (Trastorno por Estrés Postraumático y las Transformaciones Persistentes de la Personalidad).

En los acontecimientos de menor gravedad e intensidad las respuestas que se observan son relativamente inespecíficas.

3. Respecto a la importancia de los datos personales, profesionales, socioeconómicos y de la historia personal (psicobiografía):

El estudio de las características personales, profesionales y socioeconómicas y la historia personal (psicobiografía) de los sujetos que fueron diagnosticados de un Trastorno Psiquiátrico Reactivo, nos muestra individuos sin antecedentes psiquiátricos y que no presentaron problemas en las principales áreas vitales. Se trata de individuos sanos, según los estándares de salud habituales, que habían sido seleccionados adecuadamente. Esto apuntaría a una menor importancia de estas características como factores de riesgo para presentar un Trastorno Psiquiátrico Reactivo y, por el contrario, a considerar una mayor relevancia de los factores ambientales, especialmente del propio acontecimiento.

Sin embargo, y dentro de la profesión militar, resulta significativo que los Cuerpos de la Seguridad del Estado de naturaleza militar, concretamente los miembros de la Guardia Civil, presentan un riesgo cinco veces superior de desarrollar un Trastorno

por Estrés Postraumático y una Transformación Persistente de la Personalidad. Ello podría entenderse derivado de la mayor exposición al riesgo que puede presentar este Instituto Armado.

Del resto de datos de este apartado, también ha resultado significativo que tener un parto “no normal”, implica un 80% de mayor riesgo de presentar un Trastorno Ansioso Reactivo. Este hallazgo reactiva el interés sobre la importancia del parto en la vida de una persona, como primer factor estresante y/o traumático con el que debe enfrentarse, a confirmar en futuras investigaciones.

4. **Importancia de las variables clínico-administrativas:**

No se encuentra relación entre las variables clínico-administrativas incluidas en el estudio (número de bajas previas al acontecimiento, días que transcurren desde el acontecimiento hasta que se produce la baja inicial, si existe alta posterior a la baja inicial, los días que transcurren desde la baja inicial hasta el alta posterior si esta existió, la toma de medicación psicofarmacológica en el momento del reconocimiento y si ha precisado hospitalización) y los Trastornos Psiquiátricos Reactivos.

5. **La disparidad de los diagnósticos y evaluaciones sobre la discapacidad:**

Existen discrepancias relevantes en el diagnóstico realizado por los distintos órganos periciales que se encargan de evaluar a los sujetos de la muestra, de tal manera que se recoge una concordancia diagnóstica débil-moderada. Las discrepancias son aún mayores a la hora de asignar el porcentaje de discapacidad que le corresponde a cada peritado.

De ello se desprende en es preciso desarrollar una metodología de análisis clínico-pericial, lo más objetiva posible, con protocolos adecuados a efectos de lograr una mayor fiabilidad de los diagnósticos. En segundo lugar, resulta de la mayor importancia asegurar y fomentar la capacitación técnica de los profesionales que realizan esta importante labor. Y en tercer lugar, se hace necesario promover un mayor consenso en la delimitación nosológica de este tipo de trastornos, acorde con las orientaciones de las clasificaciones internacionales vigentes.

6. En futuras investigaciones podría incluirse la influencia de los distintos dominios y facetas de los rasgos de la personalidad previos (se podría tomar como “Modelo” el

alternativo dimensional DSM-5), de los estilos de afrontamiento y de los mecanismos de defensa en la aparición de los diferentes Trastornos Psiquiátricos Reactivos, para describir con mayor precisión la experiencia subjetiva que se produce tras la exposición a un factor estresante y/o traumático.

En resumen: el interés práctico de esta investigación lleva a considerar la importancia que tiene el ambiente en la salud mental de los miembros de las Fuerzas Armadas y Cuerpos de la Seguridad del Estado de naturaleza militar. Y habrá que considerar los acontecimientos y situaciones descritos como los factores que, con mayor probabilidad, se relacionan con los Trastornos Psiquiátricos Reactivos en el medio militar, lo que tiene especial interés a nivel preventivo y en la búsqueda de futuras relaciones de causalidad. Por otra parte, estos datos refuerzan la consideración del alto riesgo que existe en determinadas profesiones, como la militar, en su exposición a situaciones gravemente adversas para su seguridad.



HOSPITAL CENTRAL
DE LA DEFENSA

SERVICIO DE PSIQUIATRIA
UNIDAD DE PSICOLOGIA

CUESTIONARIO DE ANTECEDENTES (AUTOAPLICADO)

Nombre y apellidos del paciente:

Fecha de realización:

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario contiene una serie de preguntas relacionadas con sus antecedentes, datos que necesitamos conocer para poder comprender mejor su problema y ayudarle a superarlo. Por ello le rogamos su colaboración al contestar de la forma más sincera y completa posible.

- Al tratarse de un documento clínico que puede servir de base para la realización de su informe clínico o pericial, **si usted desea que no figuren alguno de los datos reflejados**, le rogamos que escriba a continuación de los mismos la palabra **CONFIDENCIAL**.

- Consulte cualquier duda que tenga.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Indique el lugar de origen y de la residencia familiar actual:

INDIQUE con respecto a su PADRE

Edad:

En caso de haber fallecido, indique la causa y fecha del fallecimiento:

Profesión y categoría laboral:

Indique las enfermedades físicas importantes, incapacidades que ha presentado o presenta actualmente:

Indique los trastornos mentales y otras alteraciones de conducta que haya presentado o presenten en la actualidad (como consumo de alcohol, drogas, violencia, otras) y si ha precisado algún tipo de tratamiento o internamiento psiquiátrico:

Describa la forma de ser o carácter que tenía o tiene actualmente (señale con una X):

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Serio | <input type="checkbox"/> Rígido | <input type="checkbox"/> Desconfiado |
| <input type="checkbox"/> Retraído | <input type="checkbox"/> Obsesivo | <input type="checkbox"/> Irritable |
| <input type="checkbox"/> Callado | <input type="checkbox"/> Nervioso | <input type="checkbox"/> Malhumorado |
| <input type="checkbox"/> Tímido | <input type="checkbox"/> Depresivo | <input type="checkbox"/> Violento |
| <input type="checkbox"/> Sociable | <input type="checkbox"/> Optimista | <input type="checkbox"/> Otros: |
| <input type="checkbox"/> Comunicativo | <input type="checkbox"/> Pesimista | |
| <input type="checkbox"/> Abierto | <input type="checkbox"/> Alegre | |

INDIQUE con respecto a su MADRE

Edad:

En caso de haber fallecido, indique la causa y fecha del fallecimiento:

Profesión y categoría laboral:

Indique las enfermedades físicas importantes, incapacidades que ha presentado o presenta actualmente:

Indique los trastornos mentales y otras alteraciones de conducta que haya presentado o presenten en la actualidad (como consumo de alcohol, drogas, violencia, otras) y si ha precisado algún tipo de tratamiento o internamiento psiquiátrico:

Describe la forma de ser o carácter que tenía o tiene actualmente (señale con una X):

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Serio | <input type="checkbox"/> Rígido | <input type="checkbox"/> Desconfiado |
| <input type="checkbox"/> Retraído | <input type="checkbox"/> Obsesivo | <input type="checkbox"/> Irritable |
| <input type="checkbox"/> Callado | <input type="checkbox"/> Nervioso | <input type="checkbox"/> Malhumorado |
| <input type="checkbox"/> Tímido | <input type="checkbox"/> Depresivo | <input type="checkbox"/> Violento |
| <input type="checkbox"/> Sociable | <input type="checkbox"/> Optimista | <input type="checkbox"/> Otros: |
| <input type="checkbox"/> Comunicativo | <input type="checkbox"/> Pesimista | |
| <input type="checkbox"/> Abierto | <input type="checkbox"/> Alegre | |

INDIQUE con respecto a sus HERMANOS

Edades y sexo:

En caso de haber fallecido, indique la causa y fecha del fallecimiento:

Profesión y categoría laboral:

Indique las enfermedades físicas importantes, incapacidades que ha presentado o presenta actualmente:

Indique los trastornos mentales y otras alteraciones de conducta que haya presentado o presenten en la actualidad (como consumo de alcohol, drogas, violencia, otras) y si ha precisado algún tipo de tratamiento o internamiento psiquiátrico:

Describe la forma de ser o carácter que tenía o tiene actualmente (señale con una X):

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Serio | <input type="checkbox"/> Rígido | <input type="checkbox"/> Desconfiado |
| <input type="checkbox"/> Retraído | <input type="checkbox"/> Obsesivo | <input type="checkbox"/> Irritable |
| <input type="checkbox"/> Callado | <input type="checkbox"/> Nervioso | <input type="checkbox"/> Malhumorado |
| <input type="checkbox"/> Tímido | <input type="checkbox"/> Depresivo | <input type="checkbox"/> Violento |
| <input type="checkbox"/> Sociable | <input type="checkbox"/> Optimista | <input type="checkbox"/> Otros: |
| <input type="checkbox"/> Comunicativo | <input type="checkbox"/> Pesimista | |
| <input type="checkbox"/> Abierto | <input type="checkbox"/> Alegre | |

INDIQUE con respecto a su PAREJA

Edad:

En caso de haber fallecido, indique la causa y fecha del fallecimiento:

Profesión y categoría laboral:

Indique las enfermedades físicas importantes, incapacidades que ha presentado o presenta actualmente:

Indique los trastornos mentales y otras alteraciones de conducta que haya presentado o presenten en la actualidad (como consumo de alcohol, drogas, violencia, otras) y si ha precisado algún tipo de tratamiento o internamiento psiquiátrico:

.....
.....
.....

Describa la forma de ser o carácter que tenía o tiene actualmente (señale con una X):

- | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Serio | <input type="checkbox"/> Rígido | <input type="checkbox"/> Desconfiado |
| <input type="checkbox"/> Retraído | <input type="checkbox"/> Obsesivo | <input type="checkbox"/> Irritable |
| <input type="checkbox"/> Callado | <input type="checkbox"/> Nervioso | <input type="checkbox"/> Malhumorado |
| <input type="checkbox"/> Tímido | <input type="checkbox"/> Depresivo | <input type="checkbox"/> Violento |
| <input type="checkbox"/> Sociable | <input type="checkbox"/> Optimista | <input type="checkbox"/> Otros: |
| <input type="checkbox"/> Comunicativo | <input type="checkbox"/> Pesimista | |
| <input type="checkbox"/> Abierto | <input type="checkbox"/> Alegre | |

¿Tiene hijos?:

Indique sus edades y sexo:

¿Alguno de ellos ha padecido o padece alguna enfermedad, lesión física o incapacidad?:

.....

¿Alguno de ellos ha presentado o presenta algún trastorno mental o de la conducta?:

.....

¿Cómo son las relaciones con sus hijos?:

Describa brevemente el ambiente familiar:

¿Existen problemas familiares? (señale con una X lo que proceda)

- ☐ Problemas económicos graves familiares (pasados o actuales).
- ☐ Relaciones frías, distantes o de abierta hostilidad entre los padres.
- ☐ Conducta fría y distante en las relaciones padres-hijos.
- ☐ Padres demasiado entrometidos en la vida de los hijos.
- ☐ Débil o insuficiente control paterno.
- ☐ Padres separados con visitas y custodia irregular de los hijos.
- ☐ Familia adoptiva.
- ☐ Ha sido educado en alguna institución (internado).
- ☐ Fallecimiento o pérdida de los padres en su infancia.
- ☐ Conflictos conyugales.
- ☐ Separación matrimonial.
- ☐ Fallecimiento del cónyuge.
- ☐ Cambios de residencia frecuentes.
- ☐ Problemas con los hijos (especificar):
- ☐ Otros (especificar):

¿Conoce alteraciones psiquiátricas en otros familiares? (especificar):

.....

.....

ANTECEDENTES PERSONALES

Fecha y lugar de nacimiento:

Lugar que ocupa entre los hermanos.....

PRIMERA INFANCIA (Hasta los 3 años)

Características del embarazo (señale con una X lo que proceda):

- ☐ Lo desconoce
- ☐ Fue normal
- ☐ Hubo problemas (especificar):

Características del parto (señale con una X lo que proceda):

- ☐ Lo desconoce
- ☐ Fue normal
- ☐ Hubo problemas (especificar):
- ☐ Preciso de algún tipo de asistencia (incubadora, respiración asistida, etc.):

Su desarrollo en la primera infancia —hasta los 4 años— se pudo considerar (señale lo que proceda):

- ☐ Normal
- ☐ Problemático
- ☐ No lo conoce

Indique si en este periodo —hasta los 3 años— presentó alguna de las siguientes alteraciones, indicando con una X su frecuencia o intensidad aproximada.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas en la alimentación | <input type="checkbox"/> Llanto |
| <input type="checkbox"/> Retraso para andar | <input type="checkbox"/> Problemas de sueño |
| <input type="checkbox"/> Retraso en el habla | <input type="checkbox"/> Otro (especificar): |
| <input type="checkbox"/> Inquietud | <input type="checkbox"/> Algún accidente |
| <input type="checkbox"/> Rabietas | |

SEGUNDA INFANCIA (De los 3 a 11 años)

Los recuerdos que guarda de aquella época son (señale con una X lo que proceda):

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Agradables | <input type="checkbox"/> Ausentes |
| <input type="checkbox"/> Desagradables | <input type="checkbox"/> Indiferentes |

Indique si en este periodo —3 a 11 años— presentó alguna de las siguientes alteraciones:

- ☐ Problemas de sueño (pesadillas, terrores nocturnos, sonambulismo).
- ☐ Problemas de control de esfínteres (enuresis, ...).
- ☐ Problemas de control de la alimentación (apetito exagerado, anorexia, vómitos).
- ☐ Otros problemas de control (tartamudez, tics, mordedura de uñas, tirarse del pelo...).
- ☐ Inquietud (hiperactividad).
- ☐ Temores, miedos, fobias.
- ☐ Timidez, aislamientos, retraimiento social.
- ☐ Agresividad, peleas, conductas violentas.
- ☐ Fugas de casa.
- ☐ Pequeños hurtos.
- ☐ Mentiras frecuentes.
- ☐ Quejas frecuentes de síntomas físicos (dolores de cabeza, de vientre, otros).
- ☐ Sufrió alguna enfermedad importante (especificar):
- ☐ ¿Sufrió algún accidente importante? (especificar):

¿Durante este periodo precisó algún tipo de tratamiento médico, psicológico o psiquiátrico? En caso afirmativo especifique:

- Edad que tenía entonces:
- Motivo de la consulta:
- Diagnóstico que le dieron:
- Si precisó o no hospitalización:
- Tratamiento recibido:
- Tiempo en que estuvo tratándose:

Indique si en este periodo —3 a 11 años— presentó alguna de las siguientes alteraciones escolares:

- ☐ Problemas de adaptación a la institución escolar.
- ☐ Problemas de disciplina con los profesores (expulsiones ...).
- ☐ Problemas de agresividad con los compañeros (peleas...).
- ☐ Absentismo escolar (fugas, peyas, novillos...).
- ☐ Timidez, aislamiento, retraimiento social.
- ☐ Dificultades para la lectura y escritura.
- ☐ Dificultades para el cálculo y las matemáticas.
- ☐ Dificultades para mantener la atención y concentración.
- ☐ Dificultades para las habilidades motoras.
- ☐ Retraso escolar (especificar los cursos)
- ☐ Preciso Educación Especial o algún tipo de ayuda psicopedagógica (especificar)

¿Tenía dificultades para relacionarse con otras personas?:

¿Cómo se consideraba con relación a los demás? (señale lo que proceda):

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Solitario | <input type="checkbox"/> Amigable |
| <input type="checkbox"/> Popular | <input type="checkbox"/> Agresivo |
| <input type="checkbox"/> Rebelde | <input type="checkbox"/> Tímido |
| <input type="checkbox"/> Líder | <input type="checkbox"/> Pasivo |
| <input type="checkbox"/> Inferior | <input type="checkbox"/> Otro:..... |
| <input type="checkbox"/> Superior | |

¿Hacia amigos con facilidad?:

¿Sus relaciones con sus padres durante este periodo eran?

¿Qué tipo de valores predominaban en su familia? (señale):

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Religiosos | <input type="checkbox"/> Salud |
| <input type="checkbox"/> Morales | <input type="checkbox"/> Dinero |
| <input type="checkbox"/> Pudor | <input type="checkbox"/> Trabajo |
| <input type="checkbox"/> Limpieza | <input type="checkbox"/> Estudios |
| <input type="checkbox"/> Orden | <input type="checkbox"/> Honor |
| <input type="checkbox"/> Obediencia | <input type="checkbox"/> Cultura |

¿La actitud general de sus padres hacia Vd. era? (señale).

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rígida | <input type="checkbox"/> Abandonada |
| <input type="checkbox"/> Tolerante | <input type="checkbox"/> Afectuosa |
| <input type="checkbox"/> Preocupada | <input type="checkbox"/> Indiferente |
| <input type="checkbox"/> Despreocupada | <input type="checkbox"/> Hostil |
| <input type="checkbox"/> Protectora | |
| <input type="checkbox"/> Otra | |

Desarrollo sexual

¿Como considera su educación sexual? (señale).

- ☐ Adecuada
- ☐ Insuficiente
- ☐ Mal presentada

Sus primeras prácticas sexuales fueron de tipo:

a la edad de:

¿Ha mantenido relaciones homosexuales?

¿Cuál es el último curso completo que ha terminado?:

¿Cómo era su forma de ser o carácter durante este periodo infantil de su vida? (señale con una X aquellos rasgos que más le definan):

	Nada	Algo	Mucho
Tímido			
Inquieto			
Sociable			
Travieso			
Rebelde			
Obediente			
Estudioso			
Responsable			
Despreocupado			
Le gustaría ser el centro de la atención			

PUBERTAD Y ADOLESCENCIA

Los recuerdos que guarda de aquella época son (señale con una X lo que proceda):

- ☐ Agradables
 ☐ Ausentes
☐ Desagradables
 ☐ Indiferentes

¿Durante este periodo padeció alguna enfermedad importante? (especifíquela):

¿Tuvo algún traumatismo grave (especifique si fue con pérdida de conocimiento y hospitalización)?:

¿Qué nivel escolar alcanzó?:

¿Lo considera insuficiente?: En caso afirmativo cual considera que fue el motivo:

Tuvo dificultades de adaptación a la escuela: Ello pudo deberse (especifique):

- ☐ A la institución escolar
 ☐ A la disciplina escolar
☐ Al aprendizaje en conjunto
 ☐ A faltas de asistencia
☐ A falta de motivación
 ☐ A falta de aplicación
☐ A los profesores
 ☐ Otros (especificar)

¿Su rendimiento escolar cambio en algún momento? (especifíquelo):

¿Ha deseado cambiar de sexo?:

Sus actitudes hacia el otro sexo han sido (señale):

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> De timidez | <input type="checkbox"/> Tratar de impresionar |
| <input type="checkbox"/> De vergüenza | <input type="checkbox"/> Con ansiedad |
| <input type="checkbox"/> De seducción | <input type="checkbox"/> De envidia |

¿Considera que su actividad sexual ha sido anormal?:

¿Cuál considera el motivo?:

Desarrollo de hábitos tóxicos

¿Fuma tabaco?: ¿Desde la edad?:

¿Cómo se inició en ello? (ejemplo de los padres, amigos, gusto, novedad, nerviosismo):

¿Ha llegado a consumir como máximo?:

¿Cuanto consume actualmente al día?:

¿Considera que puede dejarlo?:

¿Porqué?:

Le ha ocasionado problemas este consumo de tipo:

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Legal | <input type="checkbox"/> De salud |
| <input type="checkbox"/> Familiar | <input type="checkbox"/> Laboral |

¿Consume alcohol?: ¿Desde la edad?:

¿Cómo se inició en ello? (ejemplo de los padres, amigos, gusto, novedad, nerviosismo):

¿Qué tipo de bebida prefiere?:

¿Cuanto bebe al día?: Llegó a un máximo de:

¿Qué cantidad consume habitualmente?:

¿Bebe todos los días (qué cantidad)?:

¿Bebe el fin de semana, (qué cantidad)?:

¿Suele consumir sólo o con el grupo de amigos?:

¿Considera que puede dejarlo?:

¿Porque?

¿Le ha ocasionado problemas este consumo de tipo?:

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Legal | <input type="checkbox"/> De salud |
| <input type="checkbox"/> Familiar | <input type="checkbox"/> Laboral |

¿Fuma porros (marihuana, hachís, cannabis)? ¿Desde la edad?:

¿Cómo se inició en ello? (ejemplo de los padres, amigos, gusto, novedad, nerviosismo):

¿Ha llegado a consumir como máximo?:

¿Cuanto consume actualmente al día?:

¿Considera que puede dejarlo?:

¿Porqué?:

Le ha ocasionado problemas este consumo de tipo:

☐ Legal

☐ De salud

☐ Familiar

☐ Laboral

¿Consume heroína?: ¿Desde la edad?:

¿Cómo se inició en ello? (ejemplo de los padres, amigos, gusto, novedad, nerviosismo):

¿Ha llegado a consumir como máximo?:

¿Cuanto consume actualmente al día?:

¿Considera que puede dejarlo? Por qué:

¿Suele consumir sólo o con el grupo de amigos?:

¿Considera que puede dejarlo? Por qué:

¿Lo ha intentado en alguna ocasión?:

¿Ha acudido a un Centro de Asistencia a Drogodependiente y con que resultado?:

¿Le ha ocasionado problemas este consumo de tipo?:

☐ Legal

☐ De salud

☐ Familiar

☐ Laboral

Indíquelos:

¿Consumo cocaína?: ¿Desde la edad?:

¿Cómo se inició en ello? (ejemplo de los padres, amigos, gusto, novedad, nerviosismo):

¿Cuánto consume al día? ¿Forma de consumo?:

Llegó a un máximo de:

¿Suele consumir sólo o con el grupo de amigos?:

¿Considera que puede dejarlo?: ¿Porqué?:

¿Lo ha intentado en alguna ocasión?:

¿Ha acudido a un Centro de Asistencia a Drogodependiente y con que resultado?:

Le ha ocasionado problemas este consumo de tipo:

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Legal | <input type="checkbox"/> De salud |
| <input type="checkbox"/> Familiar | <input type="checkbox"/> Laboral |

Indíquelos:

¿Consume otras drogas? (especifique tipo, dosis diaria y forma de consumo):

IV. EDAD ADULTA

En conjunto considera esta época como:

- ☐ Agradable
☐ Indiferente
☐ Desagradable

¿Durante este periodo padeció alguna enfermedad importante? (especifíquela):

.....

O algún traumatismo grave (especifique si fue con pérdida de conocimiento y hospitalización)?:

.....

Antecedentes psiquiátricos personales:

(Especifíquese: Motivo de la consulta; Edad a la que se produjo; Lugar y profesional que la realizó; Diagnóstico emitido; Tratamiento a que fue sometido; Duración del mismo).

.....

.....

.....

Actividad laboral

- ¿A qué edad empezó a trabajar?: ¿Tipo de trabajo?:
- ¿Tuvo problemas de adaptación, (especificar)?:
- ¿Ha variado de empleo?: ¿Cuántas veces?
- ¿Por qué motivos?
- ¿La profesión que desempeña actualmente es?:
- Lugar de trabajo:
- El grado de satisfacción en el trabajo es: (señálese lo que proceda):
- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muy bueno | <input type="checkbox"/> Malo |
| <input type="checkbox"/> Bueno | <input type="checkbox"/> Muy malo |
| <input type="checkbox"/> Regular | |
- La insatisfacción se debe principalmente a:
- Las relaciones con sus superiores son:
- Ello se debe a:
- Las relaciones con sus subordinados son:
- Ello se debe a:
- Las relaciones con sus compañeros son:
- ¿Ha tenido problemas en el trabajo, y si es así, de qué tipo?:
-
-

Actividad social

- ¿Su adaptación social es insatisfactoria, y si es así por qué motivos?:
- ¿Tiene amigos íntimos? (señale lo que proceda)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Varios de ambos sexos | <input type="checkbox"/> Pocos (menos de 3) de mi sexo |
| <input type="checkbox"/> Varios sólo de mi sexo | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Pocos (menos de 3) de ambos sexos | |
- ¿Cuáles son sus aficiones?:
- ¿A qué dedica el tiempo libre?:
- ¿Ha pertenecido o pertenece a alguna asociación de tipo cultural o recreativo? Si la abandonó, cual fue el motivo?
- ¿Participa en asuntos culturales? (señale lo que proceda):
- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Bastante |
| <input type="checkbox"/> Poco | <input type="checkbox"/> Mucho |
| <input type="checkbox"/> Regular | |

¿Participa en actividades deportivas? (señale lo que proceda):

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Bastante |
| <input type="checkbox"/> Poco | <input type="checkbox"/> Mucho |
| <input type="checkbox"/> Regular | |

Conducta antisocial

¿Ha sido detenido alguna vez?

¿En cuantas ocasiones?: ¿A que edad fue la 1.ª vez?

¿Por qué motivos?:

¿Ha cumplido condena en alguna ocasión?:

¿Por qué motivos?:

¿Tiene algún proceso pendiente?: ¿Por?

Noviazgo y vida matrimonial

Tuvo sus primeras relaciones sentimentales a los años

¿Se terminaron? por

Tuvo otras (especificar):

Previo al matrimonio (o a formalizar la unión) mantuvo relaciones con su pareja durante años.

¿Hubo rompimientos durante este período?

¿Ello se debió a?:

Contrajeron matrimonio a la edad de años, ella y años el

¿Han existido problemas dentro del matrimonio? (especificar):

- ☐ Desde cuando:
- ☐ Tipo de problemas:
- ☐ Causas de los mismos:
- ☐ Si se superaron:
- ☐ Si persisten en la actualidad:

¿Han presentado? (señalar y especificar):

- ☐ Dificultades de acoplamiento sexual (frigidez, impotencia, eyaculación precoz, otras...):
- ☐ Problemas de incompatibilidad de caracteres: (frecuentes discusiones, abusos, incomprensión, otras...)
- ☐ Problemas con los hijos.
- ☐ Problemas derivados del trabajo de uno o de los dos miembros de la pareja.
- ☐ Problemas económicos.
- ☐ Problemas derivados de la intromisión de terceras personas.
- ☐ Otros (especificar).

¿Tienen hijos? Número y edades

¿Eran deseados?:

El estado actual del matrimonio es (señalar lo que proceda):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Disuelto por acuerdo mutuo | <input type="checkbox"/> Abandono del cónyuge |
| <input type="checkbox"/> Al borde del rompimiento | <input type="checkbox"/> Disuelto por fallecimiento del cónyuge |
| <input type="checkbox"/> Abandono del informante | <input type="checkbox"/> Normal |

El grado de satisfacción familiar es (señalar lo que proceda):

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Muy bueno | <input type="checkbox"/> Malo |
| <input type="checkbox"/> Bueno | <input type="checkbox"/> Muy malo |
| <input type="checkbox"/> Regular | |

Situación social (actual):

1. La principal fuente de ingresos familiar es:
 2. Tienen problemas económicos graves?
 3. Tienen otro tipo de problemas, especificar?
-

Si quiere añadir algún otro dato que considere de interés, puede hacerlo a continuación.

Fecha y firma

Le agradecemos su colaboración y confianza

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Arlington. VA. American Psychiatric Association. 2013.
- ² McFarlane AC. Los costes del estrés postraumático a largo plazo: consecuencias físicas y psicológicas entrelazadas. *World Psychiatry* (Ed Esp) 8:1. 2010.
- ³ Deahl MP, Klein S, Alexander DA. The costs of conflict: meeting the mental health needs of serving personnel and service veterans. *Int Rev Psychiatry*. 2011 Apr ;23(2):201-9.
- ⁴ Vilariño Rodríguez DM, Vicaria Arroyo FJ. Trastornos de ansiedad-depresión en contingencia común en la ciudad de Málaga. Máster Universitario en Medicina Evaluadora Edición 2009. Instituto de Formación Continua. Universidad de Barcelona - Asepeyo; 2010.
- ⁵ Dressing H, Foerster K. Forensic psychiatric assessment of posttraumatic stress disorder. *Nervenarzt*. 2014 Mar;85(3):279-80, 282-4, 286-9.
- ⁶ McNally RJ, Frueh BC. Why are Iraq and Afghanistan War veterans seeking PTSD disability compensation at unprecedented rates?. *J Anxiety Disord*. 2013 Jun;27(5):520-6.
- ⁷ Ahmadi K, Lashani Z, Afzali MH, Tavalae SA, Mirzaee J. Malingering and PTSD: detecting malingering and war related PTSD by Miller Forensic Assessment of Symptoms Test (M-FAST). *BMC Psychiatry*. 2013 May 29;13:154.
- ⁸ Jones E, Wessely S. Battle for the mind: World War 1 and the birth of military psychiatry. *Lancet*. 2014 Nov 8;384(9955):1708-14.
- ⁹ Seguimiento de posibles secuelas por explosión cercana. Estado Mayor de la Defensa. Mando de Operaciones. Nota de despacho. Octubre. 2012.
- ¹⁰ World Health Organization. Manual of the internacional statistical classification of diseases, injuries and causes of death (10^a rev.). WHO, Ginebra,1992.

¹¹ Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (22.^a ed.). Consultado en <http://www.rae.es/>.

¹² Medina Amor JL. Trastorno por estrés postraumático en víctimas del terrorismo: Evaluación clínica, psicofisiológica y pericial. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid, 2001.

¹³ Crocq MA, Crocq L. From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. *Dialog Clin Neurosci* 2001; 2: 47-55.

¹⁴ Mora G. Tendencias históricas y teóricas en Psiquiatría: la Psiquiatría en las culturas griega y romana. En: Freedman A, Kaplan H, Sadock BJ. Tratado de Psiquiatría. 2^a Ed. Tomo I. Salvat Editores. Barcelona. 1981. Págs 16-26.

¹⁵ Pinel PH. *Nosographie philosophique*. Paris: Bailliere, 1798.

¹⁶ Erichsen JE. *On Railway and other Injuries of the Nervous System*. London. Maberly & Walton, 1866. Citado en Trimble, T.R.: "Post-traumatic Stress Disorder: History of a Concept", en *Trauma and its Wake: The Study and Treatment of Post-traumatic Stress Disorder*. Ed. Figley, C.R. New York: Brunnel-Mazel, 1985.

¹⁷ Page HW. *Injuries of the Spine and Spinal Cord without apparent mechanical lesion and Nervous Shock in their Surgical and Medico legal Aspects*. London. Churchill, 1885. Citado en Trimble, T.R.: "Post-traumatic Stress Disorder: History of a Concept", en: *Trauma and its Wake: The Study and Treatment of Post-traumatic Stress Disorder*. Ed. Figley, C.R. New York: Brunnel-Mazel, 1985.

¹⁸ Beard GM. *Practical treatise on nervous exhaustion (Neurasthenia)*. Nueva York, 1982. Citado en López Ibor JJ. *Las neurosis*. Ed. Gredos. Madrid. 1979.

¹⁹ Trimble TR. Post-traumatic Stress Disorder: History of a Concept. En: *Trauma and its Wake: The Study and Treatment of Post-traumatic Stress Disorder*. Ed. Figley, C.R. New York: Brunnel-Mazel, 1985.

²⁰ Kamman G. Traumatic Neurosis, Compensation neurosis or attitudinal Pathosis?. *Arch. of Neurol. Psychiat*, mai 1951, 65, (593-603).468.

- ²¹ Oppenheim H. Die traumatischen Neurosen. Hirschwald. Berlin. 1889.
- ²² Bunke O. Tratado de las enfermedades mentales. 2ª Ed. Seix Editor. Barcelona. 1939. Págs 425-426.
- ²³ Alonso Fernández F. Formas actuales de neurosis. Ed. Pirámide S.A. Págs 32-33. Madrid 1981.
- ²⁴ Freud S. Introducción al psicoanálisis. Obras completas. Tomo V. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid. 1922. Págs 53 y siguientes.
- ²⁵ Freud S. Más allá del principio del placer. Obras completas. Tomo II. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid. 1922. Págs 283 y siguientes.
- ²⁶ Freud S. Inhibición, síntoma y angustia. Obras completas. Tomo XI. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid. 1922. Págs 53 y siguientes.
- ²⁷ Crocq L. Un siècle de guerres dans le monde: du shell-shock au PTSD. Synapse, Mars 2000, n° 164. Págs 58-75.
- ²⁸ Baker S. Psiquiatría militar. En Freedman A, Kaplan H, Sadock B. Tratado de Psiquiatría. 2ª Ed. Salvat. Barcelona. 1982.
- ²⁹ Costa JM. Irritable heart syndrome. American Journal of Medical Sciences (1871). Citado en Mason PH. Recovering from the War. Ed Mason P.H. New York: Penguin Books, 1980.
- ³⁰ Vallejo Nájera A. Psicosis de guerra. Ed. Morata. Madrid. 1942.
- ³¹ Cygielstreich A. Les conséquences mentales des émotions de guerre. Annales Médico-Psychologiques. 1912; 70 Tome 1: 129-148. Citado en Briole G, Lebigot F, Lafont B, Fauvre JD, Vallet D. Le traumatisme psychique: rencontré et devenir. Congrès de Psychiatrie et de neurologie de langue française. Masson. 1994.
- ³² Juillet P, Moutin P. Psychiatrie militaire. Masson & cie. Paris 1969.
- ³³ Baker SL. Neurosis traumática de guerra. En Freedman A, Kaplan H, Sadock B.: Tratado de Psiquiatría. 2ª Ed. Salvat. Barcelona. 1982.

³⁴ Porot A y Hesnard A. *Psychiatrie de guerre: Étude clinique*. Paris. Alcan. 1919. Citado en Briole G, Lebigot F, Lafont B, Favre JD, Vallet D. *Le traumatisme psychique: rencontre et devenir*. Congrès de Psychiatrie et de neurologie de langue française. Masson. 1994.

³⁵ Fribourg-Blanc A, Gauthier M. *La pratique psychiatrique dans l'Armée*. Paris. Lavalvauzelle, 1935. Citado en Briole G, Lebigot F, Lafont B, Favre JD, Vallet D. *Le traumatisme psychique: rencontre et devenir*. Congrès de Psychiatrie et de neurologie de langue française. Masson. 1994.

³⁶ Dumas G. *Troubles mentaux et troubles nerveux de guerre*. París. Alcan. 1918. Citado en Briole G, Lebigot F, Lafont B, Favre JD, Vallet D. *Le traumatisme psychique: rencontre et devenir*. Congrès de Psychiatrie et de neurologie de langue française. Masson. 1994.

³⁷ Baker SL. *Psiquiatría militar y neurosis traumática de guerra*. En Freedman A, Kaplan H, Sadock B: *Tratado de Psiquiatría*. 2ª Ed. Salvat. Barcelona. 1982.

³⁸ Freud S. *Introducción al psicoanálisis de las neurosis de guerra: resultados, ideas y problemas*. Obras completas. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid. 1922.

³⁹ Freud S. *Más allá del principio de placer*. Obras completas. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid. 1922.

⁴⁰ Freud S. *Consideraciones actuales sobre la guerra y la muerte*. Obras completas. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid. 1922.

⁴¹ Ferenczi S. *Psychanalyse des névroses de guerre*. Obras completas. Tomo 3º. Payot. París. 1978.

⁴² Abraham K. *Contribution à la psychanalyse des névroses de guerre*. Obras completas. Tomo 2º. Ed. Payot. París 1973.

⁴³ Cabrera A. *Los psiquiatras españoles y la guerra civil*. En *Medicina e historia, Publicación médica Uriach*, nº 13. Barcelona. 1986 (Tercera época).

- ⁴⁴ Vallejo Nájera A. La locura y la guerra. Psicopatología de la guerra Española. Valladolid, 1939.
- ⁴⁵ Vallejo Nájera A. Psicosis de guerra. Estudio clínico y estadístico. Madrid. 1942.
- ⁴⁶ López Ibor JJ. Experiencias psiquiátricas de guerra. Revista española de medicina y cirugía de guerra, nº 5. Año II. Madrid. Enero 1939. Págs. 82-101.
- ⁴⁷ López Ibor JJ. Neurosis de guerra. Actas españolas de neurología y psiquiatría. Madrid. Año III. Nº 1 y 2. Enero-abril 1942.
- ⁴⁸ López Ibor JJ. Neurosis de guerra (psicología de guerra). Ed. Científico Médica. Barcelona, 1942.
- ⁴⁹ Rojas Ballesteros L. Algunas notas de psiquiatría militar de la guerra española. Actas españolas de neurología y psiquiatría. Madrid. Año I. Nº 1. Págs 35-49. Septiembre 1940.
- ⁵⁰ Mira y López E. La psiquiatría en la guerra. Buenos Aires, 1944 (versión española del original inglés: Psychiatry in War, New York. 1943).
- ⁵¹ Rodríguez Lafora G. La psiquiatría y neurología de guerra y de la revolución. Sus problemas y soluciones”. Revista de Sanidad de Guerra. Barcelona. Año 1. nº 4, Agosto 1937.
- ⁵² Sacristán JM. La asistencia del neurótico de guerra. Revista de Sanidad de Guerra. Jefatura de Sanidad del Ejército. Barcelona. Año 2. Núm 10. Febrero 1938.
- ⁵³ Guija Morales E. Los síntomas corporales psicógenos, síntomas histéricos en sentido estrecho, en el material clínico de guerra. Cádiz, 1939.
- ⁵⁴ Stouffer SA y Cols. The American Soldier: studies in social psychology in World War II. Princeton Univ. Press. Ed. Princeton N.J. 1949.
- ⁵⁵ Grinker RR, Spiegel JP. Men under stress. Mc Graw Hill, New York. 1945.
- ⁵⁶ Kardiner A. Traumatic Neurose of War. En Arieti S. American Handbook of Psychiatry. Ed. Basic Books, New York, 1959. Tomo 1. Págs 245-247.

- ⁵⁷ Kardiner A, Spiegel H. War Stress and Neurotic Illness. Ed. Hoeber. New York. 1947.
- ⁵⁸ Marmar CR, Weiss DS, Schlenger WE, Fairbank JA, Kulka RA, Hough RL. Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. *American Journal of Psychiatry* 151, 902-907. 1994.
- ⁵⁹ Bion WR. Intra-group tensions in therapy, *Lancet* 2: 678/781 - Nov.27, 1943, in *Experiences in groups* (1961).
- ⁶⁰ Artiss KL. Human behavior under stress: From combat to social psychiatry. *Milit. Med.* 128: 1011. 1963.
- ⁶¹ Bernot J. Les phenomenes de panique dans l' ambiance d' conflit Moderne. *Méd. Mil.* 12. (1) 7-29. 1965.
- ⁶² Targowla R. Le syndrome d'hipermnésie émotionnelle tardif". *Annales de Médecine.* 1950; 51 (5): 223-295.
- ⁶³ Niederland WG. Clinical observations of the survival syndrome. *Int. J. Psychoan.* 1968; 49, 313-315.
- ⁶⁴ López Ibor JJ. Neurosis de Guerra. En: *Las Neurosis como enfermedades del ánimo.* J.J. López Ibor. Ed. Gredos. S.A. Madrid 1966. Pág 616-623.
- ⁶⁵ Sutker PB, Allain AN Jr, Winstead DK. Psychopathology and psychiatric diagnoses of World War II Pacific theater prisoner of war survivors and combat veterans. *Am-J-Psychiatry.* 1993 Feb; 150(2): 240-245.
- ⁶⁶ Urbano RJ, Rundell JR. The prisoner of war (POW). *Mil-Med.* 1990. Apr; 155(4); 176-80.
- ⁶⁷ Brauner A y Cols. Les enfants déportées pendant la deuxième guerre mondiale et leurs descendants. *Neuropsychiatrie de l'Enfance* 1985; 33 (6) 251-259.
- ⁶⁸ Jaspers K. *Psicopatología General.* 4ª Edición Española de la *Allgemeine Psychopathologie.* Ed. Beta. Buenos Aires. 1977. Págs 445-461.

- ⁶⁹ Schneider K. Psicopatología clínica. 4ª Ed. Española de la Klinische Psychopatologie. 10ª Ed. Alemana. Paz Montalvo. 1975. Págs 63-93.
- ⁷⁰ Rivolier J. L' homme stressé. París; P.U.F. 1989. En Briole G, Lebigot G, Lafont B y Cols. Le traumatisme psychique: rencontre et devenir. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Francaise. Masson. 1994.
- ⁷¹ Juillet P y Moutin P. Psychiatrie militaire. Masson & cie. Paris 1969.
- ⁷² Crocq L. Stress et névroses traumatique. Psychologie Médicale 1974; 6(8); 1493-1531.
- ⁷³ Crocq L. Les névroses de guerre. Leur structure clinique, leur déterminisme et leur traitement. Synapse 1986; (23 suppl); 495-575.
- ⁷⁴ Crocq L. Le stress de guerre. Neuro-Psychologie 1986.; (19); 149-158.
- ⁷⁵ Crocq L. Panorama des séquelles des traumatismes psychiques: Névroses traumatiques; états de stress post-traumatiques et autres séquelles. Psychologie Médicale 1992; 24 (5); 427- 432.
- ⁷⁶ Crocq L, Bazot M, Clement J, Lefebvre P. Le traitement des nevroses de guerre par narcose-analyse amphotaminée. Revue Internationale des Services de Santé 1967; 40 (3); 241-244.
- ⁷⁷ Koontz AR. Psychiatry in the Korea's war. Milit. Surg. 1950, 107, 6. 444-445.
- ⁷⁸ Mc Ghie J y Cols. An Study of the psychiatric services in End it Guides during 1951. J.R. Army M. Corps, 1953, 99, 4, 173-180.
- ⁷⁹ Newman RA. Combat fatígue: a review to the koream conflict. Milit Med; 64; 921-928. 1984.
- ⁸⁰ Holloway H, Ursano R. The Vietnam veteran: Memory, social context and metaphor. Psychiatry 47; 103, 1984.

⁸¹ Bourne PG. An Study comparative of the psychiatric dysfunctions in the army of United States and the army of Vietnam Milit's Republic. *Med. Nov* 1967, 132, 11, 904-909.

⁸² Gabriel RA. Il n'y a plus de héros: folie et psychiatrie dans la guerre moderne. Paris. Albin Michel. 1990. En Briole G, Lebigot F, Lafont B y Cols, en *Le traumatisme psychique: rencontre et devenir*; Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française Masson. 1994.

⁸³ Juillet P. Les apports et les difficultés de l'aprophe sociale en psychiatrie: à propos des forez américaines au Vietnam et des vétérans. *Annales Médico-Psychologiques* 1987; 145 (9); 737-752.

⁸⁴ Hyer L, Mccranie EW, Woods MG, Boudevvyns PA. Suicidal behavior among chronic Vietnam theatre veterans with PTSD. *J.Clin-Psychol.* 1990 Nov; 46(6): 713-721.

⁸⁵ Bullman TA, Kang HK. Posttraumatic stress disorder and the risk of traumatic deaths among Vietnam veterans. *J.Nerv.Ment.Dis.* 1994 Nov; 182(11): 604-610.

⁸⁶ Mc Fall ME, Mckay PW, Donovan DM. Combated-related PTSD and psychosocial adjustment problemns among substance abusing veterans. *Journal Nerv. Ment. Dis.* 1991; 179 (1); 33-38.

⁸⁷ Chemtob CM, Hamada RS, Roitblat HL, Muraoka MY. Anger, impulsivity, and anger control in combat-related posttraumatic stress disorder. *J-Consult-Clin. Psychol.* 1994 Aug; 62(4): 827-832.

⁸⁸ Shatan CE. Stress disorders among Vietnam veterans: the emotional content of combat continues. En Figley CR. *Stress Disorders among Vietnam Veterans: Theory, Research and Treatment*. Brunner et Mazel, New York, 1978, 1 vol.

⁸⁹ Mc Ferlane AC. The etiology of post-traumatic morbidity: predisposing, precipitating and perpetuating factors. *British Medical Journal Psychiatry* 1989; 154; 221-228.

⁹⁰ Kulka RA, Schlenger WE, Fairbank JA. Trauma and the Vietnam war generation: Reports of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. New York. Brunnel & Mazel. 1990.

- ⁹¹ Goldberg J, True WR, Eisen SA, Henderson WG. A twin study of the effects of the Vietnam War on posttraumatic stress disorder. *JAMA*. 1990 Mar 2; 263(9): 1227-32.
- ⁹² Buydens-Branchey L, Noumair D, Branchey J. Duration and intensity of combat exposure and PTSD in Vietnam veterans. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1990; 178; 582-587.
- ⁹³ Pitman RK, Altman B, Macklin ML. Prevalence of PTSD in wounded veterans of Vietnam. *Am. J. Psychiatry* 1989; 146; 667-669.
- ⁹⁴ Chemtob CM, Bauer G, Neller G, Hamada R, Glisson C, Stevens V. Post-traumatic stress disorder among Special Forces Vietnam veterans. *Mil-Med.* 1990 Jan; 155(1):16-20.
- ⁹⁵ Forman SI, Havas S. Massachusetts' post-traumatic stress disorder program: a public health treatment model for Vietnam veterans. *Public-Health-Rep.* 1990 Mar-Apr;105(2):172-179.
- ⁹⁶ Belencki GL, Tyner CF, Soudetz FJ. Israeli shock casualties: 1973 and 1982. Washington (DC 20307); Walter Reed Army Institute of Research; 1983. WRAIR-NP-83-84.
- ⁹⁷ Bleich A. Military psychiatry in Israël: historical review and guiding principles. *Isr. J. Psych. Relat. Sci*, 29, n° 2. 1992. 203-2017.
- ⁹⁸ Benyakar M, Noy SH. The theory and therapy of acute post-traumatic war neuroses. First International Conference on Psychological Stress and Adjustment in Time of War and Peace. Jerusalem. 1975.
- ⁹⁹ Shalev A, Tyano S. Réaction psychique aiguë de combat. *Evolution Psychiatrique* 1981; 46(2); 391-409.
- ¹⁰⁰ Moses P, Bargal D, Winokour M, Calev J, Lerener J, Mass M y Cols. Unité reculée pour le traitement des victimes des réactions de combat après la guerre du Youm Kippur. *Harefuah* 1974; 87 (12); 569-572.
- ¹⁰¹ Cohen A, Blum A, Skurnik, Tyano S. La névrose post-traumatique. *Annales Médico-Psychologiques*. 1983; 141 (7): 803-808.

¹⁰² Shalev A, Koti-Er M, Tyano S. Le syndrome post-traumatique six mois après le trauma. *Annales Médico-Psychologiques* 1986; 144(9); 921-930.

¹⁰³ Solomon Z. Back to the front: recurrent exposure to combat stress and reactivation of posttraumatic stress disorder. In : Wolf ME y Mosnativi AD. *Posttraumatic stress disorder: etiology, phenomenology and treatment*. Washington: American Psychiatric Press, 1990:114-124.

¹⁰⁴ Baddoura C. Pathologie psychiatrique de l'armée pendant la guerre libanaise. *Synapse* 1990; (68): 48-54.

¹⁰⁵ Assaf J. Las névroses de la guerre du Liban. *Psychologie Médicale* 1992. 24 (5): 471- 474.

¹⁰⁶ O'Brien LS, Hugues J. Symptoms of post-traumatic stress disorder in Falklands veterans five years after the conflict. *Brít J Psychíat* 1991; 159: 135-141.

¹⁰⁷ Op den Welde W, Weisaeth L. What have they done to the pigeons? A review of the Moscow-conference on traumatic stress disorder. *J. Trauma Stress* 1991 ; 4 (3) ; 445-450.

¹⁰⁸ Tsygankov B, Melanine A. Mental disorders among soviet veterans of the war in Afghanistan. *Wismic Newsletter* 1991; 3; 18-20.

¹⁰⁹ Solomon Z, Laor N, Weiler D, Muller U. The Psychological Impact of the Gulf War: A Study of Acute Stress in Israeli Evacuees. 1993. *Arch. Gen. Psychiatry*, 50; 320-321.

¹¹⁰ Weisaeth T. Stress of Peace-Keeping. *Procedings Wartime Med. Services Hospital in War*. 25-29 juin 1990, FOA, Stockolm, 1990, 375-95. Citado en Crocq L. Un siecle de guerres dans le monde: du shell-shock au PTSD. *Synapse*, mars 2000, n^a 164. Pgs 58-75.

¹¹¹ Doutheau C, Lebigot F, Moraud C. Facteurs de stress et réactions psychopathologiques dans l'armée française au cours de missions de l'ONU. *Revue Internationale des Services de Santé des Forces Armées*, mars 1994, LXVII, 1,2, 30-4.

¹¹² Lifton RJ. From Hiroshima to the Nazi doctors. In: Wilson J and Raphael Beds-
International Handbook of Traumatic Stress Syndromes. New York. 1993; Plenum Press.11-23.

- ¹¹³ Foulhoux P. Aperçus sur la guerre chimique. *Le Médecin de Réserve*. 1966, 62, 5-6, 147-153.
- ¹¹⁴ Schnurr PP, Friedman MJ, Green BL. The Post-traumatic nervous disorder among the Second World War mustard gas proves participants. *Mil-Med*. 1996 Mar; 161(3): 131-136.
- ¹¹⁵ Puerta MSA. Los agentes incapacitantes (“psicodrogas”) como arma de guerra y su neutralización. *Rev. Med y Cir, de Guerra*. Madrid 1966 38, 3-4, 159-165.
- ¹¹⁶ Gillyboeuf R. Le risque de guerre biologique. *Monographies Médico-militaires*. Lille. 1967, 14,3, 21-35.
- ¹¹⁷ Sutker PB, Bugge F, Allainan JR. Person and situation correlates of posttraumatic stress disorder among POW survivors. *Psychol-Rep*. 1990 Jun; 66(3 Pt 1): 912-4.
- ¹¹⁸ Ursano RJ, Rundell JR. The prisoner of war. *Mil-Med*. 1990 Apr; 155(4): 176-180.
- ¹¹⁹ Shalev AY. Posttraumatic stress disorder among injured survivors of a terrorist attack. *J. Nerv. Men. Dis*. 1992; 180; 505-509.
- ¹²⁰ Loughrey GC. Post-traumatic stress disorder and civil violence in Northern Ireland. *Brit J. Psychiatry* 1988; 153; 554-560.
- ¹²¹ Curran PS. Psychiatric Aspects of Terrorist Violence Northern Ireland 1969-1987. *British Journal of Psychiatry*. 1988). 153, 470-475.
- ¹²² Abenhaim L, Dab W, Salmi RL. Study of civilian victims of terrorist attacks (France 1982-1987). *J. Clin. Epidemiol*. 1992; 45; 103 –109.
- ¹²³ Dab W, Abenhaim L, Salmi L, Auclair J. États de santé psychique et mental des victimes d’attentat. *Annales de Psychiatrie* 1988; 3 (3); 191-195.
- ¹²⁴ Crocq L, Puech D, Alby JM. Séquelles psychiques des victimes d’attentats et d’agressions. In LXXXVI Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, Chambéry, 1988, Paris. Masson, 1989. 467-474.

- ¹²⁵ Pérez-Sales P. Trastornos adaptativos y reacciones a estrés. En: Palomo T y Jiménez-Arriero MA. Manual de Psiquiatría. ENE life publicidad S.A. y editores. Madrid. 2009.
- ¹²⁶ Blanco Picabía A, Rodríguez Franco L. Trastornos adaptativos. En: Vallejo Ruiloba J, Leal Cercos C. Tratado de Psiquiatría. Ars Médica. Barcelona. 2010.
- ¹²⁷ Jones R, Yates WR, Williams S, Zhou M, Harman L. Outcome for adjustment disorder with depressed mood: comparison with other mood disorders. *J Affect Disord* 1999; 5: 55-61.
- ¹²⁸ Casey P, Maracy M, Kelly B y Cols. Can adjustment disorder and depressive episode be distinguished? Results from ODIN. *J Affect Disord* 2006; 92: 291-297.
- ¹²⁹ Casey P. Adult adjustment disorder: A review of its current diagnostic status. *J Psychiatr Pract* 2001; 7: 32-40.
- ¹³⁰ Casey P, Dowrich C, Wilkinson G. Adjustment disorders: fault line in psychiatric glossary. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 479-481.
- ¹³¹ Casey P. Adjustment disorder; epidemiology, diagnosis and treatment. *CSN Drugs*. 2009.
- ¹³² Casey P, Doherty A. Adjustment disorder; implications for ICD-11 and DSM V. *Br J Psychiatry*. 2012.
- ¹³³ Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York. Springer. 1984.
- ¹³⁴ Lazarus RS. Stress and emotion: A New Synthesis. New York. Springer. 1999.
- ¹³⁵ Gómez-Trigo J. El tribunal médico especial para dictámenes psiquiátricos en el medio militar: historia y actividades. Tesis doctoral. UAM. 2006.
- ¹³⁶ Medina Amor JL. El Tribunal Psiquiátrico Militar. Ponencia de las I Jornadas de Psiquiatría y Psicología Militares “Tcol. Moreno Chaparro”. Sevilla.1996.
- ¹³⁷ Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. John Wiley & Sons. New York. 1989. Pág 87.

- ¹³⁸ Gimeno Lahoz R. La presión laboral tendenciosa (el mobbing desde la óptica de un juez). Valladolid. Lex Nova 2005.
- ¹³⁹ Calcedo Ordóñez A, Calcedo Barba A. Psiquiatría y Ley. En: Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C. Tratado de Psiquiatría. Ars Médica. Barcelona. 2010.
- ¹⁴⁰ Leyman H. The content and development of mobbing at work. Eur J Work Org Psychol 1996; 5: 165-184
- ¹⁴¹ Organización Mundial de la Salud. Sensibilizando sobre el acoso laboral en el trabajo. Ginebra. OMS. 2004.
- ¹⁴² González Trijueque D, Graña Gómez JL. El acoso psicológico en el lugar de trabajo: prevalencia y análisis descriptivo en una muestra multiocupacional. Psicothema 2009. Vol. 21, nº 2, pp. 288-293.
- ¹⁴³ Harrington D, Bean N, Pintello D, Mathews D. Job satisfaction and burnout: Predictors of intentions to leave a job in a military setting. Administration in Social Work, 25(3), 1-16. 2001.
- ¹⁴⁴ Osca A, López-Araujo B, Bardera P, Uríen B, Díez V, Rubio C. Riesgos psicosociales y accidentabilidad laboral: investigación y propuestas de actuación. Papeles del psicólogo, vol. 35, no 2, p. 138-143. 2014.
- ¹⁴⁵ Bardera P, Osca A, González-Camino G. Proyecto de investigación, factores psicosociales y accidentalidad laboral en METP: selección y estrategias de intervención. Madrid: UNED. 2002.
- ¹⁴⁶ López-Araujo B, Osca A, Rodríguez-Muñoz MF. Accidentalidad laboral: el papel del estrés laboral y de la implicación con el trabajo. Revista de Psicología Social y Aplicada, 16(3), 323-339. 2006.
- ¹⁴⁷ Bardera P. Antecedentes psicosociales de la salud laboral en militares españoles. Tesis Doctoral, UNED. 2010.
- ¹⁴⁸ Bados A, Greco A, Toribio L. Experiencias traumáticas y trastorno por estrés post-traumático en universitarios españoles. Anales de psicología, vol 28 nº 2 (mayo), 387-

396. 2012

¹⁴⁹ Viana I. Eta, medio siglo de terror. ABC Periódico Electrónico S.L.U, Madrid, 2010.

¹⁵⁰ Conflicto en Irlanda del Norte. Consultado en línea en Wikipedia el día 10-12-2014.

¹⁵¹ Shen YC, Arkes J, Kwan BW, Tan LY, Williams TV. Effects of Iraq/Afghanistan deployments on PTSD diagnoses for still active personnel in all four services. *Mil Med.* 2010 Oct;175(10):763-9.

¹⁵² Mazurek T, Nowosielski R. Impact of military service in Afghanistan on mental health of Polish soldiers. *Merkur Lekarski Pol.* 2014 Nov; 37 (221): 280-4.

¹⁵³ Arroyo YA. La participación de las mujeres en las fuerzas armadas españolas: de la incorporación a la integración. *Comunitania: Revista internacional de trabajo social y ciencias sociales*, (7), 9-27. 2014.

¹⁵⁴ Frieyro B. La mujer soldado en España. pp. 173-199 en *Las mujeres militares en España (1988-2008)*, editado por M. Gómez y I. Sepúlveda. Madrid: Instituto Universitario General Gutiérrez Mellado. 2009.

¹⁵⁵ Martín V. Las mujeres en los ejércitos europeos y americanos pp. 23-43 en *Las mujeres militares en España (1988-2008)*, editado por M. Gómez y I. Sepúlveda. Madrid: Instituto Universitario General Gutiérrez Mellado. 2009.

¹⁵⁶ Galea S, Ahern J, Resnick H, Kilpatrick D, Bucuvalas M, Gold J, Vlahov D. Psychological Sequelae of the September 11 Terrorist Attacks in New York City. *N Engl J Med* 2002; 346:982-987.

¹⁵⁷ Miguel Tobal JJ, Cano Vindel A, Iruarizaga I, González H, Galea S. Consecuencias psicológicas de los atentados terroristas del 11-M en Madrid. *Ansiedad y Estrés.* 2004, 10 (2-3), 163-179.

¹⁵⁸ Enguita RC, Ramos R. Trastorno de adaptación. Análisis de la Incapacidad Laboral por contingencias comunes en Ibermutuamur, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social. *Med. Segur. Trab.* vol.59 no.232 Madrid jul.-set. 2013.

¹⁵⁹ Secretaría Confederal de Salud Laboral de la UGT. Estado actual de las Mutuas de Accidentes Laborales y Enfermedades Profesionales en España. Madrid. Abril 2008.

¹⁶⁰ Almarcha Vicente MI, Aparicio Navarro JV, Enguix Monzó V. Influencia del peritaje en la duración de la IT en la patología psiquiátrica más frecuente en contingencias comunes. Máster Universitario en Medicina Evaluadora-Edición 2006-2007. Instituto de Formación Continua. Universidad de Barcelona - Asepeyo; 2010.

¹⁶¹ Maercker A, Michael T, Fehm L, Becker ES. Age of traumatisation as a predictor of post-traumatic stress disorder or major depression in young women. *Br J Psychiatry*. 2004. Jun; 184: 482-7.

¹⁶² Verónica Vitriol G, Alfredo Cancino A, Paula Riquelme S, Ignacia Reyes F. Terremoto en Chile: estrés agudo y estrés post-traumático en mujeres en tratamiento por depresión grave. *Rev. méd. Chile* vol.141 N°3 Santiago mar. 2013.

¹⁶³ Gewirtz AH, Polusny MA, DeGarmo DS, Khaylis A, Erbes CR. Posttraumatic stress symptoms among National Guard soldiers deployed to Iraq: associations with parenting behaviors and couple adjustment. *J Consult Clin Psychol*. 2010 Oct;78(5):599-610.

¹⁶⁴ Green B, Griffiths EC. Birth order and post-traumatic stress disorder. *Psychol Health Med*. 2014;19(1):24-32.

¹⁶⁵ Ritov G, Barnett Z. The moderating effect of parenthood in the relationship between posttraumatic stress disorder symptoms and lateral preference in Israeli reserve combat troops. *J Nerv Ment Dis*. 2013 Aug; 201(8):703-5.

¹⁶⁶ Hines LA, Sundin J, Rona RJ, Wessely S, Fear NT. Posttraumatic stress disorder post Iraq and Afghanistan: prevalence among military subgroups. *Can J Psychiatry*. 2014 Sep; 59(9):468-79.

¹⁶⁷ Iversen AC, Fear NT, Ehlers A, Hacker Hughes J, Hull L, Earnshaw M, Greenberg, Rona R, Weesely S, Hotopf M. Risk factors for post-traumatic stress disorder among UK Armed Forces personnel. 2008. *Psychological medicine*, 38(4), 511-522.

- ¹⁶⁸ Mazza M, Giusti L, Albanese A, Mariano M, Pino MC, Roncone R. Social cognition disorders in military police officers affected by posttraumatic stress disorder after the attack of An-Nasiriyah in Iraq 2006. *Psychiatry Res.* 2012 Jul 30; 198(2):248-52.
- ¹⁶⁹ Blais RK, Renshaw KD, Jakupcak M. Posttraumatic stress and stigma in active-duty service members relate to lower likelihood of seeking support. *J Trauma Stress.* 2014 Feb; 27(1):116-9.
- ¹⁷⁰ Brewin CR, Andrews B, Hejdenberg J, Stewart L. Objective predictors of delayed-onset post-traumatic stress disorder occurring after military discharge. *Psychol Med.* 2012 Oct;42(10):2119-26.
- ¹⁷¹ Currier JM, Holland JM, Drescher KD. Residential treatment for combat-related post-traumatic stress disorder: identifying trajectories of change and predictors of treatment response. *PLoS One.* 2014; 9(7):e101741.
- ¹⁷² Betts KS, Williams GM, Najman JM, Bor W, Alati R. Pre-trauma verbal ability at five years of age and the risk of post-traumatic stress disorder in adult males and females. *J Psychiatr Res.* 2012 Jul;46(7):933-9.
- ¹⁷³ Kočovská E, Puckering C, Follan M, Smillie M, Gorski C, Barnes J, Wilson P, Young D, Lidstone E, Pritchett R, Hockaday H, Minnis H. Neurodevelopmental problems in maltreated children referred with indiscriminate friendliness. *Res Dev Disabil.* 2012 Sep-Oct;33(5):1560-5.
- ¹⁷⁴ Chen PF, Chen CS, Chen CC, Lung FW. Alexithymia as a screening index for male conscripts with adjustment disorder. *Psychiatr Q.* 2011 Jun;82(2):139-50.
- ¹⁷⁵ Biederman J, Petty CR, Spencer TJ, Woodworth KY, Bhide P, Zhu J, Faraone SV. Examining the nature of the comorbidity between pediatric attention deficit-hyperactivity disorder and post-traumatic stress disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2013 Jul;128(1):78-87.
- ¹⁷⁶ Harrington KM, Miller MW, Wolf EJ, Reardon AF, Ryabchenko KA, Ofrat S. Attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in a sample of veterans with posttraumatic stress disorder. *Compr Psychiatry.* 2012 Aug;53(6):679-90.

- ¹⁷⁷ Jones M, Sundin J, Goodwin L, Hull L, Fear NT, Wessely S, Rona RJ. What explains post-traumatic stress disorder (PTSD) in UK service personnel: deployment or something else?. *Psychol Med*. 2013 Aug;43(8):1703-12.
- ¹⁷⁸ Engelhard IM, Van den Hout MA, Schouten EG. Neuroticism and low educational level predict the risk of posttraumatic stress disorder in women after miscarriage or still-birth. *Gen Hosp Psychiatry*, 2006 Sep-Oct; 28(5):414-7.
- ¹⁷⁹ Olaya B, Alonso J, Atwoli L, Kessler RC, Vilagut G, Haro JM. Association between traumatic events and post-traumatic stress disorder: results from the ESEMeD-Spain study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2014 Feb 25:1-12.
- ¹⁸⁰ Clarner A, Graessel E, Scholz J, Niedermeier A, Uter W, Drexler H. Work-related posttraumatic stress disorder (PTSD) and other emotional diseases as consequence of traumatic events in public transportation: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health*. 2014. Sep 30.
- ¹⁸¹ Ballesteros Caicedo M, García Ramírez AT, Garzón Ruiz M. Características socio-demográficas y clínicas de los pacientes con trastorno de estrés postraumático relacionado a trauma militar del Hospital Militar Central. Universidad Militar Nueva Granada. Nov. 2013.
- ¹⁸² Leal Cercós C. El proceso diagnóstico. En: Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C. *Tratado de Psiquiatría*. Ars Médica. Barcelona. 2010.
- ¹⁸³ Caballero L. Conceptos de enfermedad y trastorno mental. Clasificación. *Medicine (Barc)* 2007; 9: 5389-5395.
- ¹⁸⁴ Baca-García E, Pérez M, Basurte I y Cols. Diagnostic stability of psychiatric disorders in clinical practice. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 210-216.